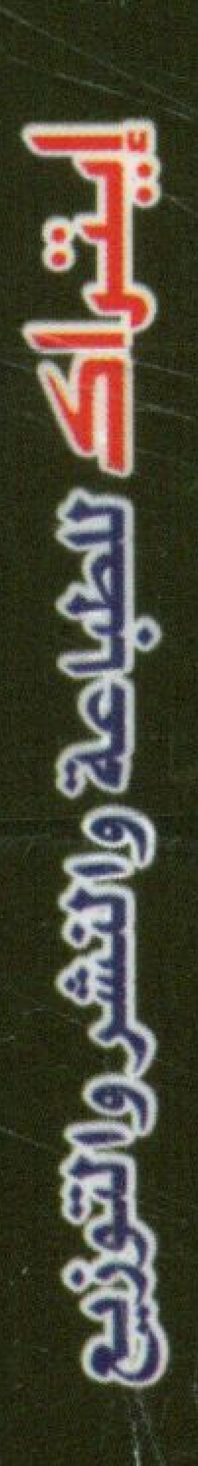
إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع



تأليف
د. سحر حسن إبراهيم عطوية
مدرس علم النفس الإكلينيكى
كلية الآداب- جامعة بنى سويف



المعرفة الاجتماعية في سياق المرض النفسي

المعرفة الاجتماعية
في سياق المرض النفسى

تأليف

د. سحر حسن عطوية

مدرس علم النفس الإكلينيكى

كلية الآداب- جامعة بنى سويف

٢٠١٥

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر

إعداد/ الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

عطوية ، سحر حسن

المعرفة الإجتماعية في سياق المرض النفسي/ تأليف: سحر حسن عطوية

القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع ، ٢٠١٤.

٣٠٤ ص؛ ١٧×٢٤سم

تدمك : ٦ ٣٠٤ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨

١- الأمراض النفسية

٢- علم النفس الإجتماعي

أ- العنوان

١٥٧

اسم الكتاب:	المعرفة الإجتماعية في سياق المرض النفسي
اسم المؤلف:	سحر حسن عطوية
رقم الطبعة:	الأولى
السنة:	٢٠١٥
رقم الإيداع:	٢٠١٤/٢٠٢٩٦
الترقيم الدولي:	٦ ٣٠٤ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨
اسم الناشر:	إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
العنوان:	١٢ش حسين كامل سليم – ألماظة – مصر الجديدة
المحافظة:	القاهرة
التليفون:	٢٩٧٠٣٧٦٦
اسم المطبعة:	الدار الهندسية
العنوان:	زهراء المعادي – المنطقة الصناعية قطعة رقم ٢٥٣ ،٢٥٥، ٢٥٦

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
– قائمة المحتويات	5
– تقديم	9
– تمهيد	11
الفصل الأول	
المعرفة الاجتماعية فى تراث علم النفس:	
التعريف ومجالات الاهتمام	15
– مقدمة	17
– المعرفة الاجتماعية	18
أ- نظرة تاريخية للاهتمام العلمى بمفهوم المعرفة الاجتماعية	19
ب- تعريف المعرفة الاجتماعية	21
ج- مجالات المعرفة الاجتماعية	24
(1) الإدراك الاجتماعى	24
(2) الإدراك الانفعالى	43
(3) أسلوب العزو	50
الفصل الثانى	
النظريات المفسرة للمعرفة الاجتماعية	53
– مقدمة	55
– النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعى	55
– النظريات المفسرة لأسلوب العزو	65

الموضوع	الصفحة

تقديم

أ.د شعبان جاب الله رضوان
أستاذ علم النفس الإكلينيكى
جامعة القاهرة

يتناول كتاب الدكتورة: سحر حسن إبراهيم موضوعاً مهماً يقع بين ثلاثة تخصصات نوعية فى علم النفس، وهى علم النفس الاجتماعى، وعلم النفس المعرفى، وعلم النفس الإكلينيكى. ويعد الكتاب إضافة مهمة للمكتبة العربية؛ حيث ندرة الكتابات فى هذا الموضوع. وعلى الرغم من اهتمام الباحثين المتنامى بموضوع المعرفة، فإن موضوع المعرفة الاجتماعية لم يحظ باهتمام مماثل، كما أن توظيف المعرفة الاجتماعية فى سياق المرض النفسى والعقلى وخاصة الفصام كاضطراب ذهانى لم ينل الاهتمام الجدير به. لذلك فإن هذا الكتاب يعد إثراءً للتراث البحثى والنظرى حول العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والمرض النفسى.

ويقع هذا الكتاب فى ستة فصول، تناولت الباحثة فى الفصل الأول مفهوم المعرفة الاجتماعية، وتعرضت للجانب التاريخى للاهتمام بالمفهوم، ومجالات المعرفة الاجتماعية الثلاثة وهى: الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو. وفى الفصل الثانى عرضت للنظريات المفسرة للمعرفة الاجتماعية. وفى الفصل الثالث تناولت طرق قياس الجوانب الثلاثة للمعرفة الاجتماعية. وفى الفصل الرابع تناولت مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى المرضى النفسيين عموما ومرضى الفصام على نحو خاص. ويمثل هذا الفصل

إسهاماً مهماً يقدمه هذا الكتاب لافتقار التراث للاهتمام بهذا الجانب.

أما الفصل الخامس فيقدم نموذجاً لدراسة إمبيريقية متميزة قامت بها الباحثة حول مدى إسهام المعرفة الاجتماعية بمكوناتها المختلفة فى التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وتوصلت إلى نتائج مهمة تضيف إلى المعرفة العلمية فى هذا الصدد. أما الفصل السادس والأخير من هذا الكتاب فخصصته الكاتبة لتنمية المعرفة الاجتماعية وبخاصة لدى مرضى الفصام، كما عرضت للدراسات والأساليب المستخدمة فى تنميتها.

وأخيراً أنصح الباحثين فى علم النفس، والمهتمين بتوظيف المتغيرات النفسية الاجتماعية عموماً والمعرفة الاجتماعية بشكل خاص فى سياق المرض النفسى أن يقرأوا هذا الكتاب؛ حتى تتحقق الاستفادة المرجوة منه.

بقلم

أ.د شعبان جاب الله رضوان

أستاذ علم النفس الإكلينيكى كلية الآداب

جامعة القاهرة

تمهيد

يعد مجال المعرفة الاجتماعية من المجالات التى يوليها الباحثون أهمية كبرى لاسيما عند دراستها لدى الأسوياء، وتجدر الإشارة إلى أن مجال المعرفة الاجتماعية من المجالات الواعدة التى تربط بين علم النفس المعرفى وعلم النفس الاجتماعى، حيث تعد لغة الربط بين التخصصات المختلفة هى لغة هذا العصر. وتعد المعرفة الاجتماعية من المفاهيم المركبة التى تتطلب تضافر الجهود لبحثها ودراستها وفهمها. وتتضمن المعرفة الاجتماعية كثير من المجالات منها الإدراك الاجتماعى، والإدراك الشخصى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو، والحكم الاجتماعى، والتمثيلات المعرفية، وذاكرة الأحداث المتصلة بالفرد، والمخططات الاجتماعية، والوجدان، والتوقعات فى العلاقة الشخصية، والاستدلال الاجتماعى، والذات فى الإطار المعرفى الاجتماعى. ونظرية العقل.

وقد انتقل الاهتمام بدراسة المعرفة الاجتماعية إلى ميدان الاضطرابات النفسية بوجه عام واضطراب الفصام بوجه خاص؛ حيث عنى الباحثون بدراسة اضطراب المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة لدى مرضى الفصام. ومن بين الموضوعات التى أولاها الباحثون أهمية كبيرة فى هذا الصدد اضطراب الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وإدراك العلاقات، ونظرية العقل، والذكاء الانفعالى، والمعلومات الاجتماعية، وأسلوب العزو، والقدرة على الترميز والاستدلال، وتفسير مشاعر الآخرين، والميل بشكل مفرط لتكوين انفعالات سلبية عن الآخرين، وتعميم الاستجابات؛ لتحديد نوايا وتصرفات وسلوكيات الآخرين، والقصور فى تحديد وحسم الصراعات الاجتماعية، والقدرة على دمج المعلومات التاريخية، والخاصة

بالسياق لتسهيل الفهم الاجتماعى.

ويقع الكتاب الراهن فى ستة فصول، يتناول **الفصل الأول** منها المعرفة الاجتماعية فى تراث علم النفس: التعريف ومجالات الاهتمام. من خلال عرض نظرة تاريخية لنمو مفهوم المعرفة الاجتماعية لمعرفة الجذور التاريخية له، وعرض التعريفات المختلفة لهذا الموضوع، وتم مراعاة التدرج فى تناول هذا المفهوم من العام إلى الخاص من خلال تعريف المعرفة بوجه عام، ثم تناول مفهوم المعرفة الاجتماعية بشكل أكثر تخصصاً وتعمقاً، باعتبارها موضع اهتمامنا الرئيسى، كما تم تناول تعريف كل مجال من مجالات المعرفة الاجتماعية موضع الاهتمام بدءاً بالإدراك الاجتماعى وتكوين الانطباعات، ومروراً بالإدراك الانفعالى والانفعالات، ووصولاً لأسلوب العزو.

واستعرض **الفصل الثانى** المناحى والأطر النظرية التى استخدمت فى مجالات المعرفة الاجتماعية لتفسير الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو. وتناول **الفصل الثالث** طرق قياس مجالات المعرفة الاجتماعية الثلاث من خلال الرجوع إلى عدد من المقاييس التى تكرر ورودها فى التراث النفسى السابق.

وتناول **الفصل الرابع** مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، مدعوماً بالدراسات والبحوث النفسية التى تتناول المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة لدى مرضى الفصام. وتم التركيز فى هذا الفصل على تناول ثلاثة مجالات للمعرفة الاجتماعية هى (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) وملامح اضطراب كل مجال من هذه المجالات لدى مرضى الفصام. كما تم عرض ملامح العلاقة بين المعرفة الاجتماعية وبعض المتغيرات

الأخرى التى كشفت عن ارتباطها بها مثل الكفاءة الاجتماعية والنتـــائج الوظيفيـــة. وسنراعى فى هذا العرض التمييز بين المفاهيم الممثلة للمعرفة الاجتماعيـــة مثـــل التمييز بين متغيرى الإدراك الاجتماعى والانفعالى لتجنب الخلط الذى وقعت فيـــه بعض الدراسات، كما سيتم عرض طرق القياس التى استخدمت فى كـــل دراســـة لتقدير متغيراتها، والنتائج التى توصلت إليها.

ثم عرضنا فى **الفصل الخامس** نموذجاً لدراسة عربية ميدانية تتنـــاول بحـــث المعرفة الاجتماعية من خلال عدد من المجـــالات (الإدراك الاجتمـــاعى، الإدراك الانفعالى، أسلوب العزو) ودورها فى التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعيـــة لـــدى مرضى الفصام، ونتائج هذه الدراسة، والتحقق من مدى تأييدها لفروض الدراســـة، والكشف عن حدود ما تم التوصل إليه من نتـــائج، ثـــم توضـــيح أوجـــه الاتفـــاق والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة، والنتائج التى كشفت عنها الدراسات السابقة، واستجلاء ما ينطوى عليه هذا الاتفاق أو التعارض مـــن معـــان ودلالات نفـــسية، واستخلاص بعض التوصيات من خلال ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة، ثم بيان حدود إسهام الدراسة فى بحوث المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، ثم عرض بعض الدراسات المقترحة.

وأخيراً تناول **الفصل السادس** أبرز الطرق التى استخدمت فى تنمية المعرفـــة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة، ، وتلا ذلك عرض لنماذج من الدراسات التى هدف باحثوها إلى تنمية المعرفة الاجتماعية لدى المرضى النفسيين بوجه عام ومرضـــى الفصام على وجه الخصوص.

وتعد هذه الجوانب سالفة الذكر أهم الجوانب التى اشتمل عليهـا هـذا العمـل العلمي. وقد حرصت الباحثة على تقديمها بأسلوب متوازن يجمع بين اللغة العلميـة المتخصصة، واللغة اليسيرة التى تلائم القارئ غير المتخصص فى علم النفس، لعل هذا يسهم بقدر أو بآخر فى تيسير المعرفة، وتحقيق الفائدة المرجوة قدر المستطاع. والله من وراء القصد وهو يهدى السبيل، إنه نعم المولى ونعم النصير.

الكاتبة

د. سحر حسن إبراهيم

مدرس علم النفس- جامعة بنى سويف

الفصل الأول

المعرفة الاجتماعية فى تراث علم النفس: التعريف ومجالات الاهتمام

محتويات الفصل:

- مقدمة.
- المعرفة الاجتماعية.
- نظرة تاريخية للاهتمام العلمى بموضوع المعرفة الاجتماعية.
- تعريف المعرفة الاجتماعية.
- مجالات المعرفة الاجتماعية.

1- الإدراك الاجتماعى.

2- الإدراك الانفعالى.

3- أسلوب العزو.

الفصل الأول

المعرفة الاجتماعية فى تراث علم النفس:

التعريف ومجالات الاهتمام

مقدمة:

نعيش فى عصر تتوعت فيه العلوم وتشعبت فيه التخصصات واندمجت فيه المعارف. واعتبرت لغة الربط بين التخصصات المختلفة هى لغة هذا العصر، وظهرت تخصصات بينية كثيرة تربط بين العلوم الطبيعية والعلوم الإنسانية، وبين العلوم الوراثية والعلوم الفيزيائية، وبين العلوم الطبية والعلوم الهندسية، وبين الفروع النوعية داخل نفس التخصص. ولعل من أبرز الأمثلة على ذلك مجال المعرفة الاجتماعية الذى دمج بين علم النفس المعرفى وعلم النفس الاجتماعى كمجال واحد يسعى للاهتمام بالعمليات المعرفية فى مجال التفاعلات الاجتماعية.

ويعد مجال المعرفة الاجتماعية من المجالات التى يوليها الباحثون أهمية كبيرة لاسيما عند دراستها لدى الأسوياء، حيث لاحظنا انتشار البحوث والدراسات التى تعنى بمعالجة مجال المعرفة الاجتماعية بموضوعاته المختلفة فى مجالات علم النفس الاجتماعى والشخصية. ومن أهم مجالات المعرفة الاجتماعية التى عنى بها الباحثون فى هذا الصدد الإدراك الاجتماعى[1]، والإدراك الشخصى، والإدراك الانفعالى[2]، وأسلوب العزو[3]، والحكم الاجتماعى، والتمثيلات المعرفية، وذاكرة

---

(1) Social Perception.

(2) Emotional Perception.

(3) Attibutional Style.

الأحداث المتصلة بالفرد، والمخططات الاجتماعية، والتوقعات في العلاقة الشخصية، والاستدلال الاجتماعي، ونظرية العقل.

وثمة زيادة كبيرة في الحقبة الحالية في البحوث في مجال المعرفة الاجتماعية حتى إن تايلور Tylore يشير إلى أن (85٪) من البحوث المنشورة في مجلة علم النفس الاجتماعي والشخصية تتبنى منحى المعرفة الاجتماعية. وتعنى هذه البحوث بموضوعات من قبيل الإدراك الاجتماعي، والإدراك الانفعالي، وأسلوب العزو، والتمثيلات المعرفية، وذاكرة الأحداث المتصلة بالفرد، والمخططات، والوجدان، والتوقعات في العلاقة الشخصية، والعمليات الاستدلالية المختصرة في معالجة المعلومات الاجتماعية، والذات في الإطار المعرفي الاجتماعي، وما يرتبط بها من موضوعات فرعية، مثل مراقبة الذات، وارتقاء المعرفة الاجتماعية، والوجدان، ودور الذاكرة طويلة المدى في عمليات الاستدلال الاجتماعي، والعلاقات الشخصية، وعمليات الحكم واتخاذ القرار، والإدراك الشخصي، والمخططات الاجتماعية (طريف شوقي، 2003: ص 13).

وسنعنى في الفقرات القادمة بعرض المفهوم عرضاً تفصيلياً من حيث الجذور التاريخية، والتعريفات المختلفة التي عرضها الباحثون ومجالات الاهتمام به.

المعرفة الاجتماعية:

يعد مفهوم المعرفة الاجتماعية من المفاهيم المركبة؛ ومن ثم حرصت الباحثة على محاولة التأصيل لهذا المفهوم من خلال عرض نظرة تاريخية لنمو مفهوم المعرفة الاجتماعية لمعرفة الجذور التاريخية له، وتم مراعاة التدرج في تناول هذا المفهوم من العام إلى الخاص من خلال تعريف المعرفة بوجه عام، ثم تناول مفهوم

المعرفة الاجتماعية بشكل أكثر تخصصاً وتعمقاً، باعتبارها موضع اهتمامنا الرئيسى.

أ- نظرة تاريخية للاهتمام العلمى بمفهوم المعرفة الاجتماعية:

رغم الحداثة النسبية لمفهوم المعرفة الاجتماعية، يمكننا تتبع جذور الاهتمام به من خلال منحيين فلسفيين متمايزين فى تناولهما للمعرفة الاجتماعية، هما منحى العناصر، والمنحى الكلى كما يلى:

ففى **المنحى الأول** وهو منحى العناصر يشبه الترابطيون الإنجليز أمثال (جون لوك، وديفيد هيوم، وجون ستيوارت ميل) العقل بالكمياء والأفكار بالعناصر، ويمكن لأى عنصر أن يرتبط بالآخر. وهذه العلاقة بين العناصر هى التى تخلق ما يسمى بالكمياء العقلية[1]. ويرى أصحاب هذا المنحى أن الأفكار تأتى من خلال الحواس والمدركات، ويتم الربط بينها من خلال التجاور فى الزمان والمكان، وأن تكرار هذا التجاور بين العناصر من شأنه أن يشكل منهما مركباً عقلياً؛ بحيث يؤدى التفكير فى أحدهما إلى التفكير فى الآخر بشكل آلى، والمثال على ذلك إذا قدم مفهوم (عالم) بشكل متكرر مصاحباً لمفهوم (منطوى)؛ فغالباً ما يتم الربط بين المفهومين كنتيجة لتكرار المزاوجة بينهما (Fiske& Taylor, 1991: p 3).

وفى إطار منحى العناصر كان لنماذج الشبكة الترابطية الأثر الأكبر على دراسات المعرفة الاجتماعية؛ فمنذ نشأة هذه العناصر فى إطار علم النفس المعرفى فى الستينيات والسبعينيات من القرن الماضى كان هناك اهتمام واضح بقضيتين أساسيتين هما:

---

(1) Mental Chemistry.

أولاً: كيف يتم تنظيم وبناء معلومات الفرد عن العالم الخارجى؟

ثانياً: كيف تتم معالجة هذه المعلومات؟ (أمانى أحمد يحيى، 2002: ص25).

أما **المنحى الثانى** فهو المنحى الكلى الذى نشأ كرد فعل لمنحى العناصر. وترجع جذور هذا المنحى إلى الفيلسوف الألمانى كانط Kant الذى أكد أن الإدراك ليس مجرد تجميع لعناصر حسية متفرقة؛ فللعقل دور نشط فى بناء خبرة كلية تتخطى حدود العناصر الجزئية (Fiske& Taylor, 1991: p 4).

وقد تأثر عدد من علماء النفس بهذه الأفكار، وخاصة علماء مدرسة الجشطلت، منذ أعمال كهلر وكافكا Kohler& koffka فى الثلاثينات من القرن العشرين؛ حيث نجد أن الجشطلتيين- بعكس منحى العناصر- يتناولون الخبرة الإدراكية ككل دون تحليل. ويقوم منهجهم على الوصف المنظم لخبرة الإدراك والتفكير، الأمر الذى أصبح فيما بعد أحد الركائز الأساسية لبحوث المعرفة الاجتماعية. واستمد الطابع المعرفى أيضاً من نظرية المجال لكيرت ليفين Kurt Lewin فى الأربعينات من القرن نفسه، وهو أول من نقل أفكار الجشطالت إلى علم النفس الاجتماعى عامة، وبحوث المعرفة الاجتماعية خاصة؛ حيث اهتم بدراسة الواقع النفسى كما يدركه الفرد، مؤكداً أن السلوك نتاج للتوازن المستمر والدينامى بين مجموعة من القوى، ممثلة فى الفرد والموقف، والمعرفة، والدافعية (Fiske& Taylor, 1991: p 5- 6).

وبالرغم من الجذور التاريخية لمفهوم المعرفة الاجتماعية، فإنه لم يتبلور كمفهوم قائم بذاته إلا فى السبعينات من القرن العشرين، كنسق يجمع بين علم النفس المعرفى وعلم النفس الاجتماعى؛ ففى الوقت الذى يعنى فيه علم النفس المعرفى

بالأبنية والعمليات المعرفية الكامنة خلف السلوك بشكل عام، فإن علماء علم النفس الاجتماعي -من خلال المعرفة الاجتماعية- وظفوا ما توصل إليـــه علـــم الـــنفس المعرفى من مبادئ، ومفاهيم، ونماذج معرفية فى فهم الأسس المعرفيـــة للـــسلوك الاجتماعي، وكيفية إدراك الفرد ومعالجته للمعلومات الخاصة بالعـــالم الاجتمـــاعى المحيط، وهو مايبرر وجود فهم قد يكون متفرداً أحياناً أو مختلفاً إلى حد ما لـــنفس المنبهات الخارجية عبر الأفراد؛ نظراً لتدخل عمليات المعالجة المعرفية الاجتماعية داخل الفرد، وهو ما سمح بتفسير عدد من الظواهر النفسية الاجتماعية، بعد ما كان ذلك صعباً فى ظل تجاهل منحى المعرفة الاجتماعية. ويمكـــن الإشـــارة إلـــى أن المعرفة الاجتماعية تتوسط بين العالم الخارجى وما يفعله الناس، ونـــستطيع علـــى الرغم من أنها أحداث عقلية أن نستدل عليها مما يقولـــه النـــاس، أو يكبتونـــه، أو يفعلونه (طريف شوقى، 2003: ص 12).

ب- تعريف المعرفة الاجتماعية:

تمثل مشكلة تعريف المفاهيم النفسية إحدى الصعوبات الأساسية التى تواجـــه الباحثين النفسيين، نظراً لما تمثله هذه المفاهيم من طبيعة خاصة تختلف عن تلـــك التى تستخدم فى الظواهر الطبيعية. لذلك تم تخصيص هذا الفصل لعرض مفهـــوم المعرفة الاجتماعية بمتغيراتها الثلاثة (الإدراك الاجتمـــاعى، والإدراك الانفعـــالى، والعزو).

وقبل أن نشرع فى تعريف المعرفة الاجتماعية تجدر الإشارة بنا إلـــى تعريـــف المعرفة؛ حيث يطلق مصطلح المعرفة على عدد من المعانى أهمها: العلم بوجه عام؛ بمعنى إدراك الأمر واتقانه وتعلمه (عبد الحليم محمود السيد، 1979: ص 173).

ويشير مصطلح المعرفة إلى مجموعة متباينة مــن الاســتعدادات والقــدرات العقلية مثل: الدراية والتعرف والإدراك والفهم والتخيل والتذكر والحكــم والتقــدير والاستدلال والتفكير (ر. و بين، 1993: ص28).

وإذا انتقلنا من تعريف المعرفة بوجه عام إلى تعريف المعرفــة الاجتماعيــة موضع اهتمامنا الراهن، نجد أن هناك تعريفات عديدة قدمت لهذا المفهوم. ويجــب التنويه إلى أن مفهوم المعرفة الاجتماعية يستخدم بمعان متعددة من قبل البــاحثين، منها ما يتناول المفهوم بوصف معالمه الأساسية، ومنها ما يتناوله بوصف المكونات المشكلة له. وسنعرض هذه التعريفات حسب ترتيبها الزمنى للوقوف على ملامــح تطور مفهوم المعرفة الاجتماعية تاريخياً:

1- التعريفات التى اهتمت بوصف المعالم الأساسية للمعرفة الاجتماعية:

يعرف فيسك وتايلور المعرفة الاجتماعية بأنها "دراسة كيفيــة تفكيــر وفهــم الأفراد لعالمهم الاجتماعى، أو للآخرين ولسلوكهم، وللمواقف التــى يحــدث فيهــا السلوك" ويتركز الاهتمام هنا على كيفية فهم الأفراد لأنفسهم وللآخرين. ويسمى هذا التوجه بالمعرفة الاجتماعية الفردية، الذى يكون محور الاهتمام فيه هو الفرد مــن خلال ملاحظته لعالمه الاجتماعى، وتفسيره لما يحدث فيه وحكمــه عليــه (Fiske &Taylor, 1991: P 14).

كما تعرف المعرفة الاجتماعية بأنها "الطريقة التى نفسر بها، ونحلل، ونتذكر، ونستدل، ونستخدم المعلومات حول العالم الاجتماعى المحيط بنا" ففــى تعاملاتنــا اليومية مع الآخرين نحصل على كثير من المعلومات منهم وعنهم، ونصنفها فــى فئات، ونستخدمها فى اتخاذ القرارات بشأنهم، وتفسير سلوكهم، والتنبــؤ بأفعــالهم.

وتتعلق المعرفة الاجتماعية بمعرفة العالم الاجتماعى ومحاولة فهمه وفهم أنفسنا وما يتعلق بمكانتنا فى هذا العالم (Baron, et al, 2008: p 38).

وتعرف المعرفة الاجتماعية بأنها الطريقة التى يكتسب بها الناس المعلومات، ويشغلونها، وينظمونها، ويستخدمونها. وتهتم المعرفة الاجتماعية بالانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، واللغة فى السياق الاجتماعى؛ أى ما الذى يقصده، ويدركه، ويتذكره الناس عن أنفسهم وعن الآخرين. وهذا ما يجعلنا نأخذ فى الحسبان كيف تؤثر المواقف والسياقات الاجتماعية المختلفة فى هذه العمليات المعرفية داخل الناس (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص91).

وتعرف المعرفة الاجتماعية بأنها من المفاهيم متعددة الأبعاد، التى تدمج مدى واسعاً من القدرات التى ترتبط بكيف يفكر الأفراد فى أنفسهم وفى الآخرين، وكيف يفسرون المعلومات الاجتماعية (Shean& Meyer, 2009).

2- التعريفات التى اهتمت بوصف المكونات المشكلة للمعرفة الاجتماعية:

تعرف أوسترم Osterm عام (1984) المعرفة الاجتماعية بأنها أحد المجالات التى تتضمن الإدراك والتفسير ومعالجة المعلومات الاجتماعية، وهذا يتطلب مهارات المعرفة العامة مثل الاستدلال والانتباه والإدراك وارتباطاتها الواضحة بالسلوك الاجتماعى (Sergi et al., 2007).

ويشار إلى مجال المعرفة الاجتماعية بأنه من المجالات النفسية التى تهتم بالعمليات المعرفية مثل (الإدراك، والذاكرة، والاستنتاج، والانفعالات) التى يتم تطبيقها فى مجال التفاعلات الاجتماعية (Speranaza, 2008).

وتمثل المعرفة الاجتماعية جانباً من جوانب المعرفة التى تشتمل على الإدراك، والتفسير، والمعلومات الاجتماعية(Hoton& Silverstein, 2008).

وقد عنى الباحثون بمجموعة من القضايا فى مجال المعرفة الاجتماعية من بينها كيف نفهم الآخرين ونفهم أنفسنا؟ ما الذى نعرفه عن من نقابلهم فى حياتنا اليومية، وما هى طبيعة المواقف التى نقابلهم فيها؟ وكيف نوظف هذه المعرفة عندما نحاول أن نفهم أو نتنبأ أو نتذكر سلوكهم؟ هل أحكامنا الاجتماعية محددة بمعرفتنا الاجتماعية، أم أنها تتأثر أيضاً بانفعالاتنا ورغباتنا؟ وهذا يعنى أن الهدف العام لدراسات المعرفة الاجتماعية هو الفهم العلمى للعمليات العقلية، التى تتعلق باستقبال وتنظيم وحفظ واسترجاع المعلومات الاجتماعية، وعلاقة هذه العمليات العقلية بقرارات الفرد، وأحكامه، وسلوكه فى الحياه اليومية (Kunda, 1999: P 1).

ج- مجالات المعرفة الاجتماعية:

(1) الإدراك الاجتماعى:

حرصت الباحثة على شمول واتساع تناول هذا المفهوم قدر الإمكان، فمن خلال ما اطلعت عليه من مراجع علمية متعددة، حاولت أن يتضمن هذا الجزء معظم أو أهم ما ذكر فى هذا المجال، مع التركيز على الجوانب المعنى بها البحث، وهى الخاصة بالتناول النظرى للمفهوم، ونبدأ فيه بتقديم التعريف. وحيث أن عملية الإدراك الاجتماعى ما هى إلا عملية إدراك ولكن ذات صبغة اجتماعية؛ فقد جاء التعريف أولاً لماهية وطبيعة الإدراك، ثم تقديم تعريفات الإدراك الاجتماعى، ثم الانتهاء بتعريف مقترح للمفهوم الذى قدمته الباحثة. وقد تم التركيز فى تناوله على مفهوم الانطباع باعتباره لب الإدراك الاجتماعى، وبالتالى تم تناول مفهوم الانطباع وكيفية تكونه والعوامل المؤثرة فيه. ثم الانتهاء بعرض النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعى.

تجدر الإشارة إلى أن استخدام مصطلح الإدراك فى علم النفس الاجتماعى يختلف عن استخدامه فى علم النفس التجريبى؛ فهو فى علم النفس التجريبى اصطلاح يشار به إلى ما يقع على سلوك الكائن الحى من تحكم مصدره الحواس، أو إلى خبـــرة حـــسية منتظمة على ضوء خبرات حسية سبق وقوعها للكائن، أو هو بمعنى آخر قدرة المـــرء على تنظيم التنبيهات الحسية الواردة إليه عن طريق الحواس المختلفة، ومعالجتها ذهنياً فى إطار الخبرات السابقة، والتعرف عليها، وإعطائها معانيهـــا ودلالاتهـــا المعرفيـــة المختلفة (فؤاد البهى السيد، سعد عبد الرحمن، 2006: ص 222).

تعريف الإدراك الاجتماعى:

قدمت تعريفات متعددة لمفهوم الإدراك الاجتماعى، وســوف نعــرض لهــذه التعريفات مرتبة زمنياً حتى نلاحظ التطور التاريخى الذى طرأ على تعريف هــذا المفهوم. وسيتم عرض هذه التعريفات تباعاً كما يلى:

يعرف كـــاهن Kahn (1984) الإدراك الاجتمـــاعى بأنـــه "عمليـــة تكـــوين انطباعات[1] عن الآخرين، وتقويمهم، والحكم على سلوكهم وخصالهم (سواء فيمـــا يتعلق بمشاعرهم، أو مقاصدهم، وشخصيتهم، أو استعداداتهم) كما أنه يتضمن وضع الفرد للأشخاص الآخرين، وتصنيفهم فى فئات ذات معنى (كـــأن يـــصنف الفـــرد الأشخاص الآخرين على أساس المظهر الجسمى، أو ملامح الوجه، أو على أساس بعض المتغيرات النفسية مثل: العداوة والكراهية- مقابل التسامح والحـــب)" (فـــى: عبد اللطيف محمد خليفة، 2003).

---

(1) Impressions

ويشير الإدراك الاجتماعى إلى أنه "عملية إدراك المثيرات الاجتماعية بمساعدة الحواس الخمس، وتفسيرها فى ضوء الإطار المرجعى، والخبرة السابقة والظروف المحيطة؛ ومعنى هذا أن عملية الإدراك الاجتماعى هى عملية الإدراك التى تحدث تحت ظروف ومتغيرات اجتماعية تؤثر فيها" (فؤاد البهى السيد وسعد عبد الرحمن، 1999: ص 223).

ويشير بارون وبيرن (Baron, et al, 2008: p 75) إلى أن "الإدراك الاجتماعى هو العملية التى يتم من خلالها التعامل مع ومعرفة وفهم الأشخاص الآخرين".

ويعرف الإدراك الاجتماعى بأنه "القدرة على استقبال المؤثرات الاجتماعية، وترجمتها بصورة صحيحة؛ بهدف تفسير مشاعر ونوايا الآخرين، والقدرة على تبين وتمييز المعايير المعينة، والتقاليد المتبعة فى أى موقف للتفاعل الاجتماعى" (سوزان سبنس، 2000: ص 300).

ويعنى مفهوم الإدراك الاجتماعى "بقدرة الفرد على ملاحظة وإدراك سلوك الآخرين فى مواقف التفاعل الاجتماعى" (طريف شوقى، 2001: ص 16).

وبعد أن انتهينا من عرض التعريفات المختلفة لمفهوم الإدراك الاجتماعى، نلاحظ أن بعض الباحثين يرى أنه العملية التى يتمكن الفرد من خلالها من فهم الآخرين فى المواقف الاجتماعية المختلفة، ويركز البعض الآخر على عملية تكوين الانطباعات عن الآخرين. وتدفعنا هذه الرؤية إلى محاولة صياغة تعريف جديد نحاول من خلاله التوفيق بين المناحى النظرية المختلفة، مع التركيز على عملية تشكيل الانطباعات باعتبارها لب عملية الإدراك الاجتماعى.

وعلى ذلك فإن الباحثة تقترح التعريف التالى للإدراك الاجتماعى بأنــه "أحــد مجالات المعرفة الاجتماعية والتى يتم من خلالها فهم المنبهات الاجتماعيــة فــى إطارها الاجتماعي. ويتمثل لب عملية الإدراك الاجتماعى فى تكوين انطباعات عن الآخرين من خلال المظهر الجسمى، ونبرة الصوت، والملامح البارزة. كمــا أنــه يتضمن أيضاً تكوين انطباعات من خلال المخططات، والأنماط الاجتماعية الجامدة. ويعتمد الإدراك الاجتماعى على خبرات الفرد، واهتماماته، وأفكاره، واعتقاداتــه، وتوقعاته، واتجاهاته. ويتم من خــلال الإدراك الاجتمــاعى وضــع افتراضــات، والوصول من خلالها إلى أحكام اجتماعية، قد يتم تعميمها عبر مواقف اجتماعيــة مختلفة".

ويحدد التعريف السابق بدقة لب عملية الإدراك الاجتمــاعى، وهــو تكــوين الانطباعات، والعوامل التى تؤثر فى تشكيل هذه الانطباعات، بدءاً مــن المظهــر الجسمى ونبرة الصوت، ومروراً بالملامح البارزة فى الأشخاص الذين يتم إدراكهم اجتماعياً، ووصولاً إلى المخططات بأنواعها، وخاصة التى تتعلق منهــا بالقوالــب النمطية الجامدة. ولم يغفل التعريف أيضاً العوامل المختلفة الخاصة بالفرد، والتــى يكون لها أكبر الأثر فى عملية الإدراك الاجتماعى مثل خبرات الفرد، واهتماماته، وأفكاره، واعتقاداته، وتوقعاته، واتجاهاته. وفى النهاية يصل الفرد من خلال عملية الإدراك الاجتماعى إلى تشكيل حكم اجتماعى قد يتم تعميمه فى مواقف مختلفة.

وكما ذكرنا أن الانطباع هو لب مفهوم الإدراك الاجتمــاعى؛ لــذلك ينبغــى الإشارة لهذا المفهوم تكوينه، وأثره على السلوك الاجتماعى، بالإضافة إلى العوامل المؤثرة على تكوين الانطباع.

الانطباع: تكوينه وأثره على السلوك الاجتماعى:

نقصد بتشكيل الانطباعات تلك العملية التى يتم من خلالها تكوين الانطباعات عن الآخرين مما يؤثر فى الطريقة التى نتعامل بها معهم بناءً على هذه الانطباعات (Baron& Byren, 2001). وغالباً ما يعنى الأفراد بترك انطباعات إيجابية لدى من يتفاعلون معهم. وتجدر الإشارة إلى أننا نشكل الانطباعات عن الآخرين، وبالمثل يشكل الآخرون الانطباعات عنا، هذه العملية المتبادلة من الطرفين لتشكيل الانطباعات تمثل لب التفاعلات الاجتماعية. وغالباً ما تتشكل هذه الانطباعات فى ضوء القليل من الخبرة المباشرة مع الطرف الآخر؛ حيث أن المعلومات غالباً ما تأتى فى صورة غير مباشرة من شخص آخر. كذلك تزودنا الإشارات غير اللفظية التى تشمل من بين ما تشمل المظهر الخارجى بمعلومات لها أهميتها. وللانطباعات المتبادلة المشكلة نحو شخص ما متضمنات مهمة؛ حيث أنها تميل إلى الاستمرار (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 113).

وتجدر الإشارة إلى أهمية الانطباعات الأولى التى يشكلها الفرد أثناء لقاءه بالآخرين،؛ حيث يشكل الفرد انطباعات تتعلق بالمظهر البدنى كلون العين ولون البشرة، وانطباعات تتعلق بسماته الاجتماعية مثل كونه ودوداً أم غير ذلك، وذلك فى محاولة منه لمعرفة كيف يبدو هذا الشخص باستخدام مدى واسع من الدلالات لتشكيل انطباعات مبدئية عن هذا الفرد. ومع ذلك يمكن أن تكون الانطباعات الأولى غير دقيقة؛ حيث تؤثر خطأً فى معالجة المعلومات، وفى التفكير الذى قد يكون تفكيراً نمطياً أو حتى تعصباً. وعلى هذا فقد تكون قاسية وتمثل نظرة انتقالية تعكس ما يرغبه الشخص بالفعل (Deau& Wringhtsman, 1984: p 82; Raven& Rubin, 1976: p 90; Baron et al., 2008: p 105).

لذلك قد يقوم بعض الناس بتصحيح الانطباعات الأولية؛ فعندما يثبت أن هناك عوامل خارجية سببت السلوك، قد يحاول الناس تصحيح ما كونوه من اســتدلالات عن صفات وخصال الفاعل. ونظراً لأن هذا التصحيح يستغرق وقتاً وجهداً معرفياً؛ لذلك يكون من الصعب حدوثه، فقد يقودنا تفكيرنا إلى مراجعة استدلالاتنا الأوليــة؛ حيث نصبح أقل ثقة فى أن الخصائص الداخلية للفاعل تتطابق مع سلوكه (محمــد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 217 - 218).

العوامل المؤثرة على تشكيل الانطباعات:

هناك عدد كبير من العوامل التى تؤثر فى تشكيل انطباعاتنا عن الآخرين من بينها:

أ- المظهر البدنى:

يؤثر المظهر البدنى أو الجسمى على انطباعاتنا عن الآخرين، وردود أفعالنــا نحوهم، وكيف يبدو لنا الناس، وهى عادة أول وأهــم التلميحــات التــى نكونهــا. وأفكارنا عن معنى المظهر الجسمى لا تنتهى. ويمكن القول بأن الوجه هو من أهم المظاهر الجسمية التى تعكــس انفعــالات الفــرد ومــشاعره. ويــشير فينجولــد (Feingold, 1992) إلى أن جمال الوجه يمكن أن يعكس مجموعة من التوقعــات الإيجابية التى يشكلها الفرد عن الآخرين؛ فمن المتوقع أن يكون الجــذابون أكثــر إمتاعاً ودفئاً ووداً، ويتمتعون بدرجة أفضل من المهارات الاجتماعيــة مــن غيــر الجذابين، حيث يميل الآخرين إلى التعامل معهم. وتؤدى الجاذبية إلى نتائج كبيــرة ومثيرة على الآخرين؛ حيث تشير نتائج الدراسات إلى أن الغرباء من الناس يقدمون المساعدة للشخص، الذى يتمتع بدرجة أكبر من الجاذبية الجسمية عن الأقل جاذبية.

وقد تبين من دراسة دوين Doin وآخرون فى السبعينيات أن الأفراد يعطـــون للأشخاص ذوى الجاذبية الجسمية درجات أعلى على عدد من الخصائص، التى لا تمتد بصلة إلى الجاذبية الجسمية، كالمركز المهنى والكفاءة؛ فإدراكنا للمرأة مـــثلاً بأنها جميلة يمتد إلى تصورنا لها بأنها تتسم بالدفء والذكاء أو بالكبرياء والغـــرور (من خلال: معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001 ، ص 456).

وقد لا يكون للمظهر الجسمى آثاره الإيجابية فى مجال العلاقات الاجتماعيـــة فقط، بل تمتد آثاره إلى مجال العمل كذلك. حيث وجد أن الأشخاص الجذابين يـــتم إدراكهم على أنهم أكثر كفاءة من غير الجذابين؛ فعندما قورنت سيدة تتمتع بالجاذبية الاجتماعية بأخرى أقل جاذبية فى الدقة فى كتابة أحد الموضوعات، وجد أن المرأة التى تتمتع بالجاذبية الاجتماعية حصلت على تقييم أفضل من تلك التـــى لا تتمتـــع بالجاذبية الاجتماعية، بغض النظر عن الكفاءة الفعلية فى الكتابة. وبالتـــالى كـــان التقييم تقييماً غير موضوعى (Sears, Fredman& Peplau., 1985: p 55).

والجمال ليس هو الخاصية الوحيدة التى تنشط التوقعات عن الآخرين؛ حيـــث توجد أنماط معينة من ملامح الوجه يمكن أن تؤثر بهذه الطريقة؛ فبعض الناس لهم ملامح وجه الطفل، عيونهم واسعة ومستديرة، والجفون عالية، والذقن صغيرة. وفى هذا الإطار وجد كل من بيـــرى ومـــاك آرثـــر Berry& Mc Arthur وبيـــرى ولاندرى Landry أن الراشدين ذوى الوجوه الطفولية ينظر إليهم على أنهم أكثـــر سذاجة، وأمناء، ودافئين، وطيبين مقارنة بالراشدين ذوى الوجـــه الناضـــج. إلا أن الدراسة الأخيرة قد أشارت إلى أن الوجه الطفولى يرتبط أكثر من الوجه الناضـــج بانطباعات الخضوع، وفقدان التوكيدية كسمة شخصية (فلاح البلعاســـى العنـــزى، 2000: ص 121؛ محمد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 194).

ب- الملامح البارزة:

يستخدم الفرد فى إدراكه للآخرين عدداً من الهاديات، ولكنـــه لا يـــستخدمها كلها بنفس الدرجة أو الأهمية؛ فطبقاً لمبدأ الشكل الأساسى يعطى الأفراد اهتماماً كبيراً للمظاهر، أو الجوانب البارزة فى المجال الإدراكى. وقد تبين أن اتجاه الفرد نحو موضوع ما لا يقوم على كل ما لديه من معتقدات عن هذا الموضوع، ولكن يعتمد فى المقام الأول على معتقداته البارزة عن هذا الموضوع. وفى ضوء ذلك يتبين أن أصحاب المنحى المعرفى يعطون أهمية للملامح البـــارزة أو الـــسمات المركزية فى إدراك الفرد للآخرين، فى حين أن أصحاب مبدأ التوسط[1] يرون أن كل الصفات لها نفس الوزن؛ وبالتالى لا توجد سمة مركزية وأخـــرى هامـــشية (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 464؛ Sears et al., 1985: p 53).

وتشير الصفة المميزة إلى قدرة الصفة أو الخاصية على جذب الانتبـــاه فـــى سياقها، سواء أكانت لأناس نركز عليهم، أو ألوان ساطعة، أو صور متحركـــة، أو أصوات عالية، أو أى صفة أخرى يمكن أن تشد انتباهنا؛ فالصفات التـــى لا تزيـــد كثيراً عن المتوسط لا تجذب الانتباه، كما أن الملامح والصفات غير العادية وغير المتوقعة فى موقف ما، قد تكون عادية للغاية فى موقف أو سياق آخر؛ فالـــشخص الأكثر طولاً فى الكافتيريا سيكون ملفتاً للنظر، ولكنه لن يكون كذلك فى ملعب كرة السلة، وهكذا عندما يكون لدينا معلومات عن المظهر الجسمى لبعض الأشـــخاص، أو طريقة تواصلهم غير اللفظى، أو بعض ســـلوكياتهم وتـــصرفاتهم. فـــإن هـــذه

---
(1) Averaging Belief

الخصائص والصفات المميزة تشد انتباهنا وتوفر الأساس للانطباعات الأولى عنهم (محمد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 198؛ Baron et al., 2008).

وقد افترض روش وميرفيز Roch& Mervis أن هناك بعض الأعضاء فى التصنيف أو الفئة أكثر تمثيلاً من الآخرين. ويطلق على هؤلاء النماذج الأصلية؛ فمثلاً العصافير أكثر تمثيلاً لفئة الطيور من البط والأوز؛ لأن هناك ملمحاً مميزاً للطيور هو أنها تطير؛ إذن فالنموذج الأصلى هو نمط مثالى، وما يفعله كل منا عندما يقابل شخصاً محدداً هو تصنيفه وفقاً للملامح البارزة، التى قد تتطابق مع نموذج أصلى أو أكثر نحتفظ به فى أذهاننا. وتتحد النماذج الأصلية بقوة بالعوامل المجتمعية والثقافية وعوامل التطور والنمو (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 93).

ويشير زهران إلى أن الإدراك الاجتماعى **انتقائى**؛ فحين يكون فى المجال الاجتماعى شيئاً غريباً فإنه يلفت الانتباه، حيث أننا محاطون بفيض من الأحاسيس والأضواء، والألوان، والأصوات، والروائح ...الخ. ونحن لا نستطيع الانتباه لكل المثيرات الحسية المحيطة بنا؛ لذلك تحدث عملية تنقية واختيار المهم وجعله فى بؤرة الانتباه، وجعل الباقى فى الخلفية. ويلاحظ أن ما يدركه فرد على أنه مهم قد يدركه فرد آخر على أنه تافه. ويتوقف ذلك على مدى اهتمام الفرد بما يدركه فى هذا الموقف، وما يحيط به من تفاصيل وخصائص. ولا شك أن اهتماماتنا الفردية تؤثر فى انتباهنا؛ فالفرد الجائع ينتبه أكثر إلى الغذاء (حامد عبد السلام زهران، 2003: ص 261).

ج- المخططات[1]:

يعد مفهوم المخطط من المفاهيم التى حظيت باهتمام الباحثين فى علم الـنفس المعرفى وعلم النفس الاجتماعى؛ حيث ساهم علماء النفس المعرفى فى تطوير هذا المفهوم. وقد اتجه علماء النفس الاجتماعى نحو استخدام المخططات لوصف كيف نفسر العالم المحيط بنا (Deau& Wringhtsman, 1984: pp 89) .

وللمخططات وظائف متعددة فى السلوك الاجتماعى من بينها:-

1- تتضمن المخططات معلومات متعلقة بمواقف أو أحداث نوعية؛ وبالتـالى فهى تساعدنا على التصرف فى المواقف التالية المشابهة؛ فحـين يتـشكل لدينا مخطط عن سلوك الناس فى الحفلات فإنه بمجرد حـضورك لحفلـة ينشط لديك هذا المخطط، ويساعدك على التـصرف فـى هـذا الموقـف (Baron& Byrne, 1977: p 77).

2- يرى سولسو أن المخططات تساعدنا فى تفسير المواقف والأحداث، والقيام بعمليات استنتاج وإصدار الأحكام.

3- تؤثر المخططات بشكل مباشر فى عمليات الانتباه والتذكر؛ فنحن ننتبـه للمعلومات، أو الأحداث غير المتسقة مع مخططاتنا أكثر من المتسقة؛ لأنها غير متوقعة (Baron& Byrne, 1977: p 77).

4- يؤدى المخطط دوراً فى تيسير التذكر الذى يتضمن ثلاث عمليـات هـى (الترميز، التخزين، الاسترجاع). وتتضمن عملية الترميز غالبـاً إضـفاء

(1) Schemata

علاقات، أو ربط البيانات، أو المعلومات الجديدة بمعلومة سابقة (اسم، عنوان، صورة) بطريقة تيسر العثور على البيانات المخزنة في وقت لاحق؛ ومن ثم يمكننا القول بأن عدم الاهتمام بدور المخططات سيجعل من الصعب علينا فهم سلوك البشر (طريف شوقى، 2001: ص 15).

5- كما تمدنا المخططات بأسس لتقييم الخبرات الماضية، وتؤثر فيما نتذكره وما لا نتذكره من هذه الخبرات، وتأثير ذلك فيما نقوم به في المستقبل (Deau& Wringhtsman, 1984: p 89).

وعلى هذا يعرف المخطط بأنه "أبنية معرفية تساعدنا على معالجة المعلومات، وتؤثر هذه الأبنية على تفسيراتنا عن الآخرين وعن الأحداث المختلفة" (المرجع السابق، ص 58).

ويعرف المخطط بأنه "إطار عمل عقلى يحتوى على معلومات تتصل بالذات، والآخرين، ومواقف وأحداث محددة. ويتم تشكيل المخططات على ضوء الخبرة السابقة، والمعايير الاجتماعية والثقافية، أو الفهم المسبق؛ فإذا تشكلت المخططات، فإنها تساعدنا على تفسير المواقف الجديدة، وتوجيه السلوك" (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003 :ص 93).

وتعرف المخططات بأنها "أطر عمل عقلية يتم من خلالها تنظيم واستخدام المعلومات العقلية" (Baron et al., 2008).

وتتكون المخططات المعرفية لدى الفرد خلال الخبرة السابقة، ويشير كثير من الباحثين على دور هذه الخبرة فى بناء أطر عمل عقلية تساعد الفرد فى تنظيم معارفه وافتراضاته عن الموضوعات والمواقف المختلفة التى تتعلق بنا أو

بالآخرين؛ لذلك فإن الاختصاصيين الاجتماعيين يعرفون المخططات بأنها تلك البناءات المعرفية التى تساعدنا على التعرف على المعلومات الاجتماعية ومعالجة هذه المعلومات (Baron et al., 2008; Deau& Wringhtsman, 1984: p 58; markus, 1977: P 64). وهذه الخبرة هى التى تضفى على عالم الفرد درجة من الانتظام، وإمكانية التوقع بأحداث هذا العالم اليومية؛ فبدونها ستبدو كل المواقف مبهمة ولا تعنى شيئاً للفرد، وبدونها سيفتقد الفرد القدرة على التصرف بطريقة مناسبة؛ وبالتالى فإن المخطوطات المعرفية هى التى تجعل المواقف عادية ومفهومة (فلاح البلعاسى العنزى، 2000: ص 62).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن المخططات أو ما يسمى بأطر العمل المعرفية تختلف باختلاف الثقافات، فما هو متوقع أن يحدث فى موقف معين يختلف من ثقافة إلى أخرى (Baron et al, 2008: p 38). بل وتختلف هذه المخططات من فرد إلى آخر، فما يكونه الفرد من أبنية معرفية عن ذاته تختلف عما يكونه الآخرون عن ذواتهم(Deau& Wringhtsman, 1984: p 58) .

وهناك أنواع عديدة للمخططات نعرض لها كما يلى:-

1- المخططات حول الذات[1]:-

عرف ماركوس (markus,1977: P 64) مخططات الذات على أنها العموميات المعرفية عن الذات التى تقوم على الخبرة السابقة، وهى تنظم وتوجه تشغيل المعلومات المتعلقة بالذات. وتشكل مخططات الذات المكون المعرفى لمفهوم

(1) Self Schemas

الذات، وتنظم حوله السمات أو الملامح النوعية التى نعتقد أنها مركزية ومهمة فى صورة الذات لدينا.

وتتضمن مخططات الذات وصف السمات التى يتصورها الشخص عن نفسه مثل: التواضع، والتعاون، الصدق، والفردية، وتأكيد الذات، والاستقلالية، والذكاء، والتفتح[1]، والميل للجاذبية الاجتماعية[2] (Deau& Wringhtsman, 1984: p 84).

ويأخذ المخطط- كما يشير هيجانز- عدة صور هى:- الذات كما هى، أو الذات الفعلية، والذات كما يود الفرد أن تكون عليه، أو الذات المثالية، وما يجب أن تكون عليه الذات، أى الذات الواجبة (طريف شوقى، 2001: ص 13).

2- المخططات حول الآخر[3]:-

يرى فيسك وتايلور أن مخططات الآخر هى عبارة عن بناءات عقلية تنطوى على فهم الفرد لنمط معين من الأشخاص، وتصوراته عن سماتهم وأهدافهم من خلال المعرفة بسمات أو أهداف إما نمط معين من الأشخاص، أو شخص معروف (Fiske&Taylor, 1991: P 118).

وهى أبنية معرفية حول فرد أو فئة من الأفراد؛ فتصورى لشخص ما بأنه أمين يؤدى واجباته ويناصر الضعيف، فمثل هذه الصفات هى التى تكون بناء المخطط الذى أرسمه عن هذا الشخص. وتتركز مخططات الشخص حول فئات

---

(1) open- minded
(2) Social Desirability
(3) Other Schemas.

معينة مثل فئة الانبساطيين، أو الانطوائيين، أوصغار السن وكبار السن (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001، ص 467).

ويرى السيد وعبد الرحمن (فؤاد البهى السيد، سعد عبد الرحمن، 2006: ص 225) أن الفرد يدرك الآخرين ممن يحبهم ويفضلهم، كما لو كانوا أكثر شبهاً بذاته المثالية، أو كما يحب هو أن يكون، والعكس صحيح بالنسبة لمن لا يفضلهم.

3- المخططات التى تتعلق بالقوالب النمطية الجامدة[1] حول جماعة معينة:-

ويستخدم مفهوم القوالب النمطية للإشارة إلى المعتقدات والتصورات التى توجد لدينا عن أعضاء جماعة ما أو شعب معين؛ حيث يوجد بعض التصورات والتوقعات عن أعضاء الفئات الاجتماعية المختلفة، والتى تتعلق بملامحهم الجسمية، وقدراتهم، وسماتهم الشخصية.. الخ. ولكن بدلاً من أن نستخدم هذه الخصائص فى وصف الفرد نعممها على كل أفراد الجماعة (عبد اللطيف خليفة؛ عبد المنعم شحاته محمود، 1998؛ (Deau& Wringhtsman, 1984: p 90).

والتنميطات هى "التمثيل العقلى للجماعة الاجتماعية وأعضائها". وللتنميط كل خصائص المخطط، وغالباً ما يستخدمان كمفاهيم مترادفة. وقد حظيت التنميطات باهتمام كبيرمن منظرى المعرفة الاجتماعية عبر العقدين الأخيرين، وهذا ناشئ عن العواقب الاجتماعية للتنميطات التى غالباً ما تكون سلبية، وتؤدى إلى التعصب والتمييز. والتنميط عملية نشطة تستخدم فى معالجة المعلومات الاجتماعية. وبصورة مشابهة لعمل المخططات تتأثر العمليات الإدراكية وعمليات الذاكرة

(1) Group Stereotype Schemas.

بالتنميط، والأساس فى عملية التنميط هو التصنيف. وقد تمثل التفكير الأصلى للمخططات فى أنها تفسر بصورة خاطئة. ويمكن اعتبار التنميط أمراً طبيعياً فى المعرفة الاجتماعية. وبصورة عامة تقدم التنميطات طريقة سريعة ومقنعة لمعالجة المعلومات الخاصة بالأفراد والجماعات، وحقيقة الأمر أنها تكون غالباً معتقدات مفرطة فى تعميمها، وهذا ما يؤدى بنا إلى النظر مراراً وتكراراً إلى التفاصيل وصور الاختلاف الخاصة بالفرد، الذى ينتمى إلى مجموعة منمطة (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 107: 110).

وعلى الرغم من أن كثيراً من البحوث ركزت على عدم دقة التنميطات الاجتماعية، إلا أن البحوث الحديثة فى مجال الإدراك الشخصى ركزت على افتراض أن هذه التنميطات يمكن أن تكون دقيقة، مثلما يمكن أن تكون خاطئة؛ حيث يميل أن يشكل الأفراد الذين ينتمون لجماعة معينة حكماً إيجابياً عن جماعتهم وحكماً سلبياً عن الجماعات الأخرى، ولكن هؤلاء الأفراد قد يشكلون حكماً إيجابياً كذلك عن الجماعات التى لا ينتمون إليها. ويشيع هذا التصور بين الباحثين المعرفيين الذين ينظرون إلى التنميطات على أنها أحد أنواع المخططات الاجتماعية، وأن الدقة ليست مكوناً أساسياً فى تعريف المخططات أو التنميطات (عبد اللطيف محمد خليفة، 2003: ص 98؛ Deau& Wringhtsman, 1984: pp 58).

ويفرق بعض الباحثين بين مصطلحين بصدد الفكرة النمطية: هما الفكرة النمطية عن الغير[1]، والفكرة النمطية عن الذات[2]. ويتركز الاهتمام فى النوع

(1) Hetro– stereotype
(2) Auto – stereotype

الأول على الأفكار القومية النمطية، والتى يقصد بها السمات الشائعة التى تنسب إلى شعب ما من قبل شعب آخر، والتى تأخذ شكل العقيدة الجماعية العامة والتى تصاغ على غير أساس علمى أو موضوعى، تأثراً بأفكار متعصبة تتسم بالتبسيط فى تصورها للآخر. أما النوع الثانى فيشير إلى التصورات والأفكار النمطية التى ينسبها فرد ما إلى جماعته أو مجتمعه الذى ينتمى إليه (عبد اللطيف خليفة؛ عبد المنعم شحاته محمود، 1998).

ويتضمن الإدراك الاجتماعى من خلال عملية التنشئة الاجتماعية تكوين أنماط اجتماعية جامدة، وهى مدركات عن بعض المجموعات، أو الجنسيات، أو المهن. والنمط الجامد هو اعتقاد شائع عن جماعة من الناس مثل اليهود؛ حيث يتم إدراكهم على أنهم مكروهين، وفى نفس الوقت أذكياء وطموحين. وكلما قلت المعرفة المباشرة بالجماعة والخبرة المباشرة معها؛ كلما زادت فرصة إدراكها وإدراك أفرادها فى ضوء نمط اجتماعى جامد (حامد عبد السلام زهران، 2003: ص 262). وفى هذا الإطار يشار إلى أن المخططات التى تدور حول القوالب النمطية للجماعة تشتمل على الاتجاهات والسمات النوعية لجماعة من الأفراد كالتصور نحو جماعة دينية، أو سياسية، أو رياضية (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 468).

ويحدد تاريخ حياة الفرد وخبراته الثقافية، أى الأفكار التى تظهر لديه فى موقف اجتماعى معين، وتؤثر فى تفسيره للمواقف الغامضة، وتؤثر توقعات الفرد هى الأخرى على سهولة التوصل إلى نمط معين يحدد الإدراك، وبالإضافة إلى تعلم كيف نصنف تفاصيل المثير، فإن الخبرة تؤدى بنا إلى وضع افتراضات بخصوص

الأشياء الأخرى، وعن النمط الذى عساها أن تكون منتمية إليه؛ فمثلاً إذا اعتقد فرد فى فعالية دواء معين، فإن هذا الدواء يكون أكثر فعالية من غيره، حتى ولو كانـــت فعاليته الحقيقية أقل من غيره (حامد عبد السلام زهران، 2003: ص 264).

4- مخططات الحدث[1]:-

يتضمن النمط الرابع من المخططات أطر العمل العقلية المتصلة بمواقــف أو أحداث محددة. ويشير أبلسون Abelson إلى أن مخططات الحدث هى عبارة عن أوصاف توضح ما المتوقع أن يحدث فى سياق معين. وتساعدنا مخططات الحــدث على توقع كيفية التصرف فى مواقف معينة. وتوجه مخططات الحدث قراراتنا فيما يتعلق بأى شيئ نرتدى، والوقت الذى نتوقع أن نقضيه، وكذلك السلوك المعيــارى لهذا الحدث أو ذاك (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 107 : 110). ويحتفظ الأشخاص بمخططات خاصة بعديد من مواقــف الحيــاة اليوميــة (Fiske&Taylor., 1991: P 119; Baron et al., 2008).

وتتضمن مخططات الحدث أيضاً التتابع الزمنى لمجموعة من السلوكيات، التى يجب حدوثها فى موقف معين، والتسلسل الذى تحدث وفقاً له مــن قبيــل سلــسلة الأفعال التى يجب أن تحدث فى موقف معين: مثل موقف تعــارف اجتمــاعى، أو إلقاء ندوة علمية (عبد اللطيف خليفة، 1989؛ فلاح البلعاســى العنــزى، 2000: ص62).

د- عملية التصنيف:

---

(1) Event Schemas

التصنيف هو عملية مباشرة وتلقائية، يتم من خلالها وضع الأشياء في مجموعات، ولا تستغرق مزيداً من الوقت والجهد. والتصنيف هو العملية يقوم عليها الإدراك؛ حيث يقوم الإنسان بتصنيف ما يحسه فى البيئة الاجتماعية من خلال عملية الإدراك، وتتم عملية التصنيف بعد استقبال المثير الحسى، والانتباه إلى تفاصيل معينة فيه؛ حيث يقرر الفرد كيف يصنف هذه التفاصيل. ويشير التصنيف إلى كيفية تحديدنا للمثيرات وتجميعها معاً كوحدات فى فئة معينة، وصور التشابه بين هذه الفئة والفئات الأخرى، وصور الاختلاف كذلك. ويحدث التصنيف تلقائياً بقليل من الجهد المعرفي. وبمجرد تصنيف الوحدات يتم ترتيب المواد الأخرى فى البيئة الفيزيقية والعالم الاجتماعى المعقد. نحن كذلك نضع أنفسنا فى فئات تتعلق بالنوع، والجنسية، والعمر، والحالة الاجتماعية (Sears et al., 1985: P 80؛ رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 92؛ حامد عبد السلام زهران، 2003: ص 262).

ويستخدم مبدأ التصنيف أو تنظيم المعلومات فى وصف خصال الأفراد، أو خصائص الأشياء، أو حالاتها، أو ترتيب الأحداث، أو العلاقات بين الأشياء، أو الأشخاص؛ أى أننا نستطيع أن نطلق على أهم مبدأ للتنظيم إسم (مبدأ انتماء الأشياء) أو الميل إلى النظر لبعض الأشخاص، أو الأشياء، أو الحالات، أو العلاقات على أنها ترتبط بعضها بالبعض الآخر، أو ينتسب بعضها إلى البعض الآخر (عبد الحليم محمود السيد، 1979: ص 122).

وتقوم عملية التصنيف على افتراض أن العملية الإدراكية للعالم الفيزيقى يمكن تطبيقها على إدراك الفئات الاجتماعية؛ بحيث تضفى مجموعة من القوالب النمطية على كل فئة من هذه الفئات. وتقوم عملية التصنيف إلى فئات على عدد من الأسس والقواعد منها: التصنيف على أساس المظهر الجسمى، أو السلالة، أو العمـــر، أو الديانة، أو الجنس ...الخ. ويتبع عملية التصنيف فترة من تشغيل المعلومات؛ حيث تتكون لدى الفرد معلومات إضافية عن الفئة موضوع التصنيف (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001، ص 466).

هـ- الحالة المزاجية للأفراد المتفاعلين:

تتأثر أحياناً انطباعاتنا وأحكامنا عن الآخرين بحالتنا المزاجية، التى يكون لها أكبر الأثر على كيفية تفسيرنا لسلوكهم؛ فقد نحكم على سلوك معين حكماً إيجابيـــاً. وأحياناً نحكم على السلوك نفسه حكماً سلبياً؛ حيث يكون للحالة المزاجية تأثير على هذا التذبذب فى الحكم على السلوك نفسه، أو الـــشخص نفـــسه؛ فالأشـــخاص ذوو المزاج الجيد يعطون لكل السلوكيات التى يشاهدونها درجة من الإيجابية، أكثر مما يعطيه ذوو المزاج العادى. كما يتأثر الآخرون بحالتنا المزاجية؛ حيث يميلون إلـــى التعامل معنا فى الأوقت التى نشعر فيها بحسن الحال؛ حيث يـــنعكس ذلـــك علـــى سلوكنا وتصرفاتنا (Baron et al., 2008).

ويشير أيسن Isen إلى أن تأثير المزاج السلبى ليس له نفس قوة تأثير المزاج الإيجابى؛ فالمزاج الإيجابى غالباً ما يكون مرتبطاً بمعلومة إيجابية ترد إلى الـــذهن أو الذاكرة، وتساعدنا فى تفسير معلومات متدفقة بشكل متزايد فى ضـــوء التـــأثير الإيجابى المعادل. وعلى النقيض من ذلك فإن المزاج السلبى أقل اتساقاً وارتباطـــاً

بالمعارف السلبية الأخرى؛ وهذا هو السبب فى أننا عندما نكون فى حالة مزاجية سيئة نحاول التفكير فى أمور جيدة أو إيجابية؛ لتساعدنا على الوصول إلى شعور إيجابى يحقق لدينا حالة نفسية أفضل (محمد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 203).

(2) الإدراك الانفعالى:

ونعنى فى هذا الإطار بعرض التعريفات المتداولة لمفهوم الإدراك الانفعالى، مع عرض ملامح التمييز بينه وبين الإدراك الاجتماعى، يليه عرض أحد أبرز المفاهيم وثيقة الصلة بمفهوم الإدراك الانفعالى وهو مفهوم الانفعالات والتواصل غير اللفظى، والذى يعتمد على اللغة غير المنطوقة للتعبيرات الوجهية، والتواصل من خلال العين، ولغة الجسد.

تعريف الإدراك الانفعالى:

يعرف الإدراك الانفعالى بأنه "القدرة على التعرف على التعبيرات الانفعالية للآخرين". ويعد واحداً من الاضطرابات وجوانب القصور الشائعة والملاحظة لدى مرضى الفصام (Combs et al., 2008).

ومن بين التعريفات الأخرى التى وضعت لمفهوم الإدراك الانفعالى تعريفه بأنه "القدرة على الترميز والتعرف والتحديد الدقيق للتعبيرات الانفعالية" (Edwards et al, 2002).

وتعرف الباحثة الإدراك الانفعالى بأنه "القدرة على التعرف على التعبيرات الانفعالية والتمييز بينها، سواء أكانت هذه التعبيرات الانفعالية تعبيرات جسمية، أو

صوتية، أو وجهية، أو تعبيرات خاصة بالعين، أوإيمــاءات وإشــارات". وســيتم التركيز هنا على التعرف على التعبيرات الوجهية وتمييزها.

التمييز بين الإدراك الاجتماعى والإدراك الانفعالى:

وتجدر بنا الإشارة إلى التمييز بين الإدراك الاجتمــاعى والانفعــالى؛ حيــث يتطلب الإدراك الانفعالى من المبحوثين تصنيف أو اختيار الانفعالات مــن خــلال الدلالات الاجتماعية، فى حين يقوم المبحوثــون فــى مهــام الإدراك الاجتمــاعى بتصنيف أو اختيار السياق الموقفى، الذى يؤثر على الدلالات الاجتماعيــة. وثمــة اختلاف آخر بين الإدراك الانفعالى والإدراك الاجتماعى يتمثل فى اتــساع تنــاول المجالات الشخصية فى مقاييس الإدراك الاجتماعى، مثل الحالة المزاجبة، والعلاقة الحميمة[1] والصدق[2] فى حين تركز مقــاييس الإدراك الانفعــالى علــى الحالــة المزاجية، والتى تعد من اهتمامــات البــاحثين فــى الإدراك الاجتمــاعى أيــضاً (Sergi& Green, 2002).ويختلف الإدراك الاجتماعى عن الإدراك الانفعالى فى أن الأول يتضمن مهارات مختلفة مثــل (إدراك الــدلالات الاجتماعيــة، والإدراك الذاتى، وتشكيل الاستنتاجات عن الآخرين)؛ لذلك فإن الدلالات الوظيفية لــلإدراك الاجتماعى لدى المرضى لن تقيم بشكل كاف ما لم تكن هناك مقاييس متعددة يمكنها قياس مجالات مختلفة تكون متضمنة فى البحث (Ihnen et al., 1998).

وبالتالى يتجلى لنا أن مفهوم الإدراك الاجتماعى أعم وأشــمل مــن مفهــوم الإدراك الانفعالى. وقد تعاملنا مع هذين المفهومين باعتبارهما مفهومين متمايزين،

(1) Intimacy
(2) Varracity

مع عرض الدراسات المختلفة الممثلة لكلا النمطين من الإدراك. وعلى الرغم من ذلك فقد ركزت أغلب البحوث فى مجال الإدراك الاجتماعى اهتمامها على التعبير الوجهى، والوقفة، والجلسة، والإيماءات، ونبرة الصوت. إلا أن هذه الجوانب المختلفة من العناصر المشكلة لمفهوم الإدراك الانفعالى كما سيرد بعد ذلك.

وينبغى هنا الإشارة إلى مفهوم يكشف عن ارتباطه بالإدراك الانفعالى، ألا وهو مفهوم التواصل غير اللفظى. وسيتم الإشارة أولاً إلى مفهوم التواصل عموماً وهو "العملية التى التى يتم فيها نقل الأفكار، والمعلومات، والاتجاهات وهى (الصور التى نشكلها عن أنفسنا) وذلك باستخدام الإشارات، والكلمات، والصور، والأشكال، من المصدر إلى المستقبل؛ وذلك بهدف التأثير فى الآخر لذلك فإن التواصل "يعد العملية التى يتم من خلالها إرسال واستقبال رسائل التفاعل فى السياق الاجتماعى (Abou Youssef., 2005: p 2).

أما بالنسبة للتواصل غير اللفظى فيقصد به "عملية التواصل التى تتم بين الأفراد، والتى لا تعتمد على محتوى الحديث المنطوق، ولكنها تعتمد فى المقابل على اللغة غير المنطوقة للتعبيرات الوجهية، والتواصل بالعين، ولغة الجسد" (Baron& Byrne, 2000: p40).

ويشير دارون إلى أن "التعبيرات الحركية تعطينا قوة للكلمات المنطوقة، والتى تكشف عن أفكار ونوايا الآخرين بشكل أكثر دقة من الكلمات المنطوقة، والتى يحتمل تزييفها"(In: Kee et al.,1998). وفى هذا الصدد يمكن للغة المنطوقة أن تخطأ فى بعض الأحيان فى توصيل الرسائل المختلفة التى تتم فى عمليات التفاعل الاجتماعى، على الرغم من تعدد وثراء أشكالها إلا أن أساليب التواصل غير اللفظى

تسير جنباً إلى جنب مع الكلمات المنطوقة لتسهم فى دقة المعلومات التى تصلنا من خلال اللغة المنطوقة. وكما يتضح من إشارات دارون فى وقت مبكر إلى أن القدرة على إدراك التعبيرات الانفعالية للآخرين تكون ضرورية للتواصل الاجتماعى، وقد لوحظ أن الكائنات الحية التى لا يمكنها أن تعبر عن الخطر المحتمل، عندما يكون العدو على وشك الهجوم، تكون فرصتها فى الهروب من هذا العدو فرصة ضعيفة (Kee et al., 1998).

ومن المفاهيم الأخرى المشكلة للإدراك الانفعالى **مفهوم الانفعالات**، ورغم أن مفهوم الانفعال من المفاهيم الشائعة فى مجال علم النفس، فلا يوجد تعريف واحد يتفق عليه جميع المتخصصين فى مجال علم النفس. ويستخدم بعض السيكولوجيين أمثال أندروز وأخرين مفهوم الانفعال على أنه عبارة عن نماذج انعكاسية معينة للاستجابة (مثل الغضب، والخوف، والفرح) تتصل بالمراكز العصبية فى منطقة الهيبوثلاموس (عبد اللطيف خليفة، 1990). وتتضمن الانفعالات التغيرات المزاجية الشديدة، التى تظهر فى حالات الحزن، والقلق، والغضب، والتعاسة، أو الفرح والسعادة الغامرة، كما تتضمن هذه التعبيرات الانفعالية تعبيراً عن الحالات المزاجية الأقل حدة، مثل حالات السرور، أو الكدر. وكذلك تتضمن درجات مختلفة من الإثارة والتبلد والمشاعر المصاحبة لإرضاء الدوافع أو الحرمان منها، ويصحب كل هذه التعبيرات الانفعالية خبرة ذاتية وحالة للجسم، أو نمط من أنماط التعبير بالإشارات غير اللفظية تبدو فى إشارات الوجه، أو الصوت، أو أماكن مختلفة من الجسم. ومع أن بعض هذه التعبيرات يكاد يكون فطرياً، إلا أن عدداً كبيراً منها يكتسبه الأفراد من خلال خبرات حياتهم التى تتشكل وفقاً لعدد من الظروف

الاجتماعية والثقافية (عبد الحليم محمود السيد، 2003: ص 306؛ محمد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 195).

ويمكن تقسيم التغيرات المصاحبة للانفعال إلى:-

أ- **التغيرات الفسيولوجية الداخلية:** تصاحب الحالة الانفعاليـــة للفــرد عــدة تغيرات فسيولوجية كضغط الدم، وسرعة التنفس، واستجابة إنسان العين. كما تتأثر الغدد والعضلات ونشاط المعدة والأمعاء ...الخ (عبد اللطيف خليفة، 1990؛ عبـد الحليم محمود السيد، 1979: ص 230).

ب- **التغيرات الجسمية الخارجية:** يرى هوســتون Houston وآخــرون أن التعبيرات الجسمية أو البدنية الخارجية من الوسائل التى نستدل من خلالهــا علـــى انفعالات ومشاعر الأفراد. وعلى الرغم من أن هناك بعض التعبيــرات الانفعاليـــة التى يمكن إخفاؤها، إلا أن البعض الآخر يصعب إخفاؤه لعدم قدرة الشخص علـــى التحكم فى جهازه العصبى السمبثاوى. وتعتمد قدرة الشخص علـــى الــتحكم فـــى تعبيراته غير اللفظية على درجة صحته النفسية والجسمية. وتشير نتــائج البحــث الذى قام به إيكمان وفريزن Ekmann& Friesen عــن التعبيــرات الانفعاليـــة للمرضى العقليين، أن هؤلاء المرضى أقل تحكماً فى تعبيرات أيديهم وأرجلهم مــن تحكمهم فى تعبيرات وجوههم. وقد افترض الباحث تفسيراً لهذا أن بعض المنــاطق الجسمية لديهم أقل خضوعاً للضبط من غيرها، وأن تعبيــراتهم عــن مــشاعرهم وأفكارهم تتسرب إليهم من بعض المناطق الأقل ضبطاً (عبد الحليم محمود الــسيد، 2003: ص 316).

وسوف نركز على التغيرات الجسمية الخارجية خاصة التعبيرات الوجهية؛ لما لهذه التعبيرات الوجهية من أهمية كبيرة فى مجال الإدراك الانفعالى. وفى هذا الصدد تجدر الإشارة إلى أن التعبيرات الوجهية وبصة خاصة التواصل من خلال العين تعد من أهم الإشارات غير اللفظية التى يعتمد عليها الفرد فى الاستدلال على الحالات الانفعالية للآخرين، وهى مهمة فى تكوين الانطباعات، وتسهيل التفاعل الاجتماعى(Deau& Wringhtsman, 1984: pp 82).. ويرى (Knapp, 1978) أن النظرة المباشرة[1] إلى وجه شخص آخر أثناء عملية التفاعل يمكن أن تؤدى أربعة وظائف هى: المتابعة بانتظام لمسار المحادثة، ومراقبة العائد من المحادثة، والتعبير عن الانفعالات، والتواصل مع طبيعة العلاقات بين الشخصية (Deau& Wringhtsman, 1984: pp 82).

ويعد الوجه أهم منطقة لإصدار التعبيرات غير اللفظية، ويتضمن الحاجب، والعينين، والفم، والأسنان، والأنف. ورغم أن تعبيرات الوجه تعتمد على أساس فطرى لدى الإنسان، إلا أنها تشكل وفقاً للثقافات المختلفة . ويتعلم الإنسان كيف يعبر عن نفسه من خلال تعبيرات وجهه، كما أن الوجه يعبر عن انفعالات صاحبه، وآرائه، واتجاهاته نحو الآخرين (عبد الحليم محمود السيد، 2003: ص 316).

ولا يعنى ذلك أنه من السهل قراءة كل العواطف والانفعالات، كما يعبر عنها على وجوه الآخرين بشكل متساو. فقد أشار هانسين وهانسين Hansen& Hansen إلى أنه يمكن للناس كشف الوجه الحزين بين مجموعة من الوجوه

---

(1) gaze

السعيدة أسرع وأسهل من قدرتهم على كشف وجه سعيد بين مجموعة من الوجـــوه الحزينة، ربما يكون ذلك لأن الحزن يفرض تهديداته. كما يمكن كشف ملامح وجه الشخص الغاضب بسهولة من قبل المشاهد (محمد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 195).

ويستخدم عدد كبيرمن الباحثين فى الدراسات التجريبية التـــى تتنـــاول بحــث التعبيرات الانفعالية صوراً فوتوغرافية لتعبيرات وجهية تقدم بالتوازى مع الموقف الذى يتم وصفه لفظياً؛ ومن ثم يطلب من القائم بالملاحظة الاختيار من بين قائمـــة معدة سلفاً للانفعالات المحتملة، أو شرائط سينمائية تعرض تعبيرات انفعالية مفتعلة، أو تم تمثيلها خصيصاً لإجراء الدراسة، أى لا تمثل انفعالات صدرت فى مواقــف واقعية. ويتم التعبير من خلال شرائط الفيديو أو الأفلام السينمائية عن تعبير الوجه فقط (من خلال الأفلام الصامتة) أو تعبير الوجه والصوت أو الصوت فقط. ويرتبط أكبر مستوى من الدقة فى التعرف على الانفعالات بعرض الصوت والصورة معاً، يليها عرض التعبيرات الوجهية فقط، وفى النهاية عرض الصوت وحده (عبد الحليم محمود السيد، 2003: ص 316؛ رشدى فام منصور، أحمـــد حـــسين الـــشافعى، 2003: ص 152).

كما طورت الدراسات التجريبية طرقاً أكثر دقة لتمييز التعبيرات الدقيقة[1] التى أشار إليها إيكمان Ekman، وذلك بتثبيت صور متحركة لاكتشاف تعبيرات سريعة الاختفاء ولكنها دالة ومؤثرة نفسياً. ويمكن أن تنطوى هذه الطريقة تحـــت مـــسمى

---

(1) Micro– expression.

انعدام الألفة[1] وهى تعنى أن الدراسة تجرى فى ظل غياب أى تفاعل اجتماعى وأى سلوك لفظى بين المبحوثين أو من يلاحظونهم (فلاح البلعاسى العنزى، 2000: ص 122).

وقد اتضح من خلال التحليل الإحصائى للتجمعات وجود سبع فئات للتعبيرات الانفعالية الوجهية هى: السعادة، والمفاجأة، والخوف، والحزن، والغضب، والاشمئزاز، والاهتمام (عبد اللطيف خليفة، 1990). وقد وجد إيكمان أن هناك ست حالات انفعالية أساسية يمكن التعرف عليها على المستوى العالمى وهى: السعادة، والخوف، والدهشة، والحزن، والغضب، والاشمئزاز، وهذا ما اتفقت عليه دراسات عبر ثقافية عديدة (Knapp,1978: pp 272 البلعاسى العنزى، 2000: ص 121؛ رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 152) وهى نفس الانفعالات الستة التى نعنى بها.

(3) أسلوب العزو:

يعد مفهوم العزو مفهوماً مهماً من مفاهيم المعرفة الاجتماعية وسنتناول فى هذا الصدد عرض نماذج من التعريفات التى قدمت لهذا المفهوم.

يشير العزو "إلى قدرة الفرد على التسليم بوجود عديد من المعارف، والمشاعر، والنوايا لدى الآخر، والاعتماد عليها فى تفسير سلوكه والتنبؤ به" (Bonaiuto& Fasulo, 1997).

ويشير (طريف شوقى، 2003: ص 21) إلى أن مفهوم العزو "يعنى

(1) Zero acquaintance.

بمحاولات الفرد لفهم وتفسير أسباب سلوكه وسلوك الآخرين، كمقدمة ضرورية للتنبؤ بدرجات متفاوته من الدقة به، بالإضافة إلى إمكانية التحكم النسبي فيه".

ويعرف بارك (Park, Kim, Kim, Lee, Kim&Yoon, 2009) أسلوب العزو بأنه "الطريقة التى يفسر بها الفرد أسباب السلوكيات المختلفة".

ويشير العزو الداخلى "إلى ذلك الأسلوب المعرفى، الذى يتميز بالميل للعزو المفرط للأحداث الإيجابية لأسباب داخلية، وعزو الأحداث السلبية لأسباب خارجية. وهناك عوامل مختلفة تؤثر فى العزو الداخلى منها العمر والنوع (Fraguas et al., 2008).

ويستخدم مفهوم عزو الحالة العقلية[1] "لوصف الكفاءة المعرفية فى عكس الحالة العقلية للفرد نفسة أو للآخرين". ويعد هذا المفهوم جزءاً من مفهوم أكبر، وهو مفهوم المعرفة الاجتماعية، والتى تتضمن الإدراك وتجهيز وتفسير الإشارات الاجتماعية (Brune et al., 2007).

وقد وجد أن هناك علاقة بين الأعراض المعرفية مثل فقر المرونة المعرفية والعزو الداخلى، وأن هذه العلاقة يحتمل أن تفهم كعامل يتوسط العلاقة بين القصور المعرفى واستراتيجيات التعامل مع الآخرين. بالإضافة إلى أن أسلوب العزو يمكن أن يوفر للفرد استخدام استراتيجيات التعامل والمواجهة فى مواجهة مشقات الحياه المختلفة، وتحقيق التوافق النفسى الإيجابى، على الرغم من أن هذه العلاقة يمكن أن تكون من ناحية أخرى إشارة للتداخل بين الأعراض المعرفية، وجوانب عدم الراحة

(1) Mental state attributione

الانفعالية. ونحن بحاجة لمزيد من البحوث فى هذا الصدد. ومن الجدير بالـذكر أن العلاقة بين أسلوب العزو والأعراض المعرفية يمكن أن تكون مستوحاة من تـأثير عوامل مختلفة منها نظرية العقل، أو القفز للاستنتاجات السريعة، أو فقر المرونـة المعرفية (Fraguas et al., 2008).

وهناك مصادر متعددة لأخطاء العزو مثل تحيز العزو الأساسي[1] والذي يتمثل في ميل الفرد لعزو سلوك الآخرين لاستعدادات شخصية وعوامل داخلية، وعـزو سلوكه في المقابل لعوامل خارجية، فنجده مثلا ينسب فشله لعوامل خارجية، وفشل الآخرين لعوامل ذاتية (فحين يرسب الأخر فلأنه قليل الذكاء، أما هو حين يرسـب يكون ذلك بسبب أن المصحح متشدد ويضطهده) وباتالى فهو يعتبر نفسه ضـحية لعوامل موقفية خاصة بالسياق الاجتماعى. وفى المقابل ينسب نجاحه لعوامل ذاتية، ونجاحهم لعوامل خارجية (فهو ترقى لكفاءته، أماهم فلأن لهـم أقـارب مهمـين). وهناك أخطاء أخري من قبيل أن يصدر أحكاما مفرطة في التعميم حول ظاهرة ما، أو لا تقوم علي معلومات كافية ودقيقة (Baron et al., 2008؛ طريـف شـوقى، 2009). وتتأثر أخطاء العزو مثلها فى ذلك مثل بقية مظاهر السلوك الاجتمـاعى بالعوامل الثقافية؛ حيث تشيع أخطاء تحيز العزو الأساسى فى الثقافات التى تؤكـد على حرية أفرادها أو ما يسمى بالثقافات الفردية، أكثر من الثقافات التى تركز على العضوية الجماعية والمجاراة الاجتماعية؛ فالفرد فى الثقافات الفردية لابد أن يقبـل مسؤوليته عما يصدر منه من أفعال، فهو مثلاً يتحمل نتيجة فشله ولا يعزوه إلـى عوامل خارجية (Baron et al., 2008).

(1) Fundamental Attribution Error.

الفصل الثانى
النظريات المفسرة
للمعرفة الاجتماعية

محتويات الفصل.

- مقدمة.
- النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعى.
- النظريات المفسرة لأسلوب العزو.

الفصل الثانى

النظريات المفسرة للمعرفة الاجتماعية

مقدمة:

تناولنا فى الفصل السابق التعريفات المختلفة التى قدمت لمفهوم المعرفة الاجتماعية بجوانبها الثلاث، ومن ثم يأتى دورنا فى هذا الفصل فى عرض المناحى والأطر النظرية التى استخدمت فى تفسير هذه المفاهيم. وسنبدأ فى عرض النظريات المفسرة لكل مجال من مجالات المعرفة الاجتماعية.

النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعى:-

هناك عديد من المناحى والأطر النظرية التى حاول الباحثون من خلالها تفسير الإدراك الاجتماعى نجملها فيما يلى:

أولاً: نظرية الحدس[1]:-

تشير بعض الآراء إلى أن الأفراد يكونون انطباعاتهم أو آراءهم عن الغير بطريقة حدسية.

وتقوم هذه النظرية على ثلاثة فروض أساسية هى:-

أ- أن الإدراك الاجتماعى فطرى أو موروث؛ فالتعبيرات والملامح الخارجية للوجه وعمليات التعرف عليها فطرية ولا دخل للعوامل البيئية فيها.

ب- أن الإدراك الاجتماعى ذو طبيعة كلية؛ حيث يدرك الفرد الآخرين ككل وليس كأجزاء مستقلة.

---

(1) Theory of intuition

ج- أن الإدراك الاجتماعى يتم بشكل مباشر. وهذا الفرض من الفروض الغامضة فى نظرية الحدس. ومن النظريات التى اهتمت بالتمييز بين الإدراك المباشر وغير المباشر ما يأتى:

1) **نظرية الجشطلت للإدراك الاجتماعى:** وتركز على مفهوم التماثل فى الشكل الذى قدمه أرنهايم؛ فالبناء الجسمى للفرد ينعكس فى نمط التماثل بين القوى السيكولوجية الداخلية، وبين الملامح والتعبيرات الخارجية. إلا أنه يؤخذ على هذه النظرية عدم التحديد الواضح لمعنى البناء الجسمى، وما هى القوى الجسمية (Sears et al., 1985).

2) **نظرية التعاطف**[1]: وتفترض أن الشخص الملاحظ يعرف ما هى مشاعر الشخص المشارك؛ لأنه يتخيل نفسه فى ظروف مماثلة، ويستجيب طبقاً لذلك (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 457).

ثانياً: المنحى المعرفى:

نسعى فى عرضنا لملامح المنحى المعرفى إلى توضيح مجموعة من الأفكار العامة، التى تطورت من خلال هذا المنحى، ثم ننطلق بعد ذلك إلى توضيح أفكار هذا المنحى، والنظريات المنبثقة منه. وهذه الأفكار هى كما يلى:

أ- تشتمل معالجة المعلومات[2] عن الأفراد الآخرين على إدراك أو تصور بعض المعانى المرتبطة بموضوع المنبه (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف

---

(1) Empathy Theory
(2) Information processing

محمد خليفة، 2001: ص 462). وتتضمن معالجة المعلومات حول الأفراد إدراك معنى متناسق متكامل عن الآخرين؛ فنحن نحاول فهم سلوك الأفراد فى سياق العوامل المحيطة به، بدلاً من تفسيره بمفرده وكأنه فى الفراغ، دون أخذ هذه العوامل فى الاعتبار؛ وبالتالى فإن الأفراد مستقبلين نشطين ومنظمين للخبرة (سماح خالد زهران، 2001).

ب- يميل الأفراد للانتباه إلى الملامح أو الخصائص الأكثر بروزاً فى المجال الإدراكى. ويفترض المنحى المعرفي أن السلوك البارز يلفت النظر والانتباه إليه، كما أن إدراكنا للأفراد الملفتين للنظر يكون أكثر من إدراكنا للعاديين. وأخيراً فإن السمات البارزة تزيد من تماسك وتناسق وترابط انطباعاتنا عن الآخرين (Sears et al., 1985: p 53).

ج- ينتظم المجال الإدراكى لدى الفرد عن طريق عملية التصنيف التى يقوم بها، والتى يتم من خلالها وضع المنبهات فى فئات؛ فنحن نميل إلى رؤية الأشياء المعزولة أو المنفصلة على أنها جزء من فئة أو مجموعة، ونحن ندرك المنبهات غالباً على أنها جزء من البناء أو الإطار العام؛ فكل منبه يرتبط بالمنبهات الأخرى فى الزمان والمكان والتأثير؛ حيث يتم إدراكنا للآخرين فى سياق معين أو بناء شامل من المعارف (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 462).

د- **مبدأ الشح المعرفى**[1]: بمعنى أننا عندما نحاول إدراك الآخرين والأحداث

---

(1) Cognitive Stinginess

فإننا نختصر اهتماماتنا ونقلل جهودنا (سماح خالد زهران، 2001). وفى هذا الصدد أشار بارون وبيرن(Baron& Byrne.,1997) إلى أننا غالباً ما نخضع فى عالمنا الاجتماعى لمعلومات زائدة عن حد الطاقة، وفى هذه الحالة تتجاوز معالجة المعلومات قدرتنا، وعندما يحدث ذلك نتراجع إلـــى استراتيجيات تقلص الجهد المعرفى، وتزودنا بطريقة فعالة معقولة للتعامل مع الكم الكبير من المعلومات الاجتماعيـــة. ويـــشار فـــى علـــم الـــنفس الاجتماعى إلى هذه الاستراتيجيات على أنها موجهات أو قواعد التوجيه[1] التى نستخدمها فى عمل الاستدلالات بتبسيط وتنظيم كم المعلومات المتاحة (رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003: ص 102).

وسوف نركز فى تناولنا للمنحى المعرفى على تشكيل الانطباعات، باعتبارها حجر الزاوية فى تشكيل مفهوم الإدراك الاجتماعى. وهناك عـــدد مـــن المـــداخل النظرية التى ناقش فيها الباحثون باستفاضة كل ما يتعلق بتشكيل الانطباعات. ولفهم تسلسل التفكير حتى نصل إلى التفكير الحالى، فمن المنطقـــى أن نأخـــذ منظـــوراً تاريخياً، بدءاً من الأعمال المبكرة لسلومون آش، والذى شكلت أعماله حجر الزاوية لكل الأعمال اللاحقة عن تشكيل الانطباعات. ثم تبلورت رؤية بديلـــة علـــى يـــد أندرسون؛ حيث كان يعتقد فى البداية أن مدخل أندرسون فى الجبر المعرفى يأخـــذ الاتجاه العكسى لنموذج آش. ولكن العمل اللاحق الذى قام به فيسك ونيوبرج أوحى بأن النموذجين يكملان بعضهما البعض، أكثر من كونهمـــا متعارضـــين. وســـيتم التعريف بهذه النماذج فى المناقشة التالية من منظور تاريخى كما يلى:

---

(1) Rules of Thumb.

1) النموذج الشكلى[1] لدى سلومون آش Solomon Asch :

بدأ الاهتمام بدراسة الإدراك الاجتماعى منذ الأربعينيات من القرن العـشرين بواسطة سولومون آش. وقد ابتكر آش النموذج الشكلى عام (1946). وقد أجـرى آش عدداً من الدراسات والتجارب والتى اعتبرت فيما بعد دراسات تاريخية فتحت الطريق أمام الدراسات التى عرفت بتشكيل الانطباعات. وقد اعتمد آش فى تجاربه على تكوين الانطباع على عدد من المفردات المهمة بناءً على دراسات استطلاعية للأوصاف اللغوية الشائعة (Goldstein, 1980).

ونلاحظ من خلال الأعمال المبكرة لآش أنه عندما يطلب من النـاس تـشكيل انطباع عن شخص مفترض على أساس بعض سمات الشخصية التى تميزه، كـان الأفراد قادرين على تشكيل الانطباعات بسهولة، بل كانو قادرين على خلق أوصاف أخرى للشخص باستخدامهم صفات أكثر، بالإضافة إلى أنهم اقترحوا نوع الوظيفـة التى يقوم بها هذا الشخص المفترض (رشدى فام منصور، أحمد حسين الـشافعى، 2003: ص 114).

وقد اعتمد آش فى بحوثه التى أجراها على مجموعتين من طلبة الجامعـة علـى قراءة مجموعة من المفردات على المبحوثين، ليتصور كل منهم أنها تصف شخصاً ما، وطلب من كل مبحوث أن يكتب انطباعاته عن هذا الشخص المفترض، وكان يغير هذه المفردات أو يرتبها بطرق مختلفة مع مجموعات مختلفة مـن المبحـوثين؛ لـيلاحظ تأثيرات هذه التغييرات على الانطباعات التى تتكون لدى من يسمعها. وقد كان آش فى

(1) Configural Model

تجربتة التقليدية يقرأ على مجموعة من المبحوثين الأوصاف التالية: (ذكى، ماهر، نشط عملياً، دافئ، مثابر، عملى، حذر) ويقرأ على مجموعة أخرى الأوصاف التالية: (ذكى، ماهر، نشط عملياً، بارد، مثابر، عملى، حذر) وإذا لاحظنا الفرق بين القائمتين، نجد أنه استبدال صفة دافئ بصفة بارد، وهذا الاختلاف بين القائمتين فى صفة واحدة (السمة المركزية) فقط نتج عنه فروق كبيرة فى الانطباعات، التى تكونت لدى المجموعتين من المبحوثين؛ فالذين سمعوا الوصف الأول كان انطباعهم إيجابياً بدرجة كبيرة عكس الذين سمعوا الوصف الثانى، كما أن المجموعة الأولى أضافت صفات شخصية أخرى أكثر مما أضافته المجموعة الثانية؛ أى أنهم كتبوا عن الشخص الموصوف أكثر مما كتبت عنه المجموعة الثانية من الأوصاف. وتعد سمة (دافئ، وبارد) سمات مركزية أو سمات رئيسية؛ لذلك أثرت بشدة فى تكوين انطباعات الأفراد. وقد أعاد آش تجاربه باستبدال صفتى (دافئ، وبارد) بصفتى (مهذب، وفظ) ولكن هذا التغير لم يؤثر بشكل دال على تشكيل الانطباعات لذلك سميت سمة طرفية (Goldstein, 1980; Raven& Rubin, 1976).

وقد طبق بعض الباحثين هذه التجربة فى سياق مواقف اجتماعية طبيعية؛ حيث قام كيلى (1950) بتوزيع قائمتين تصفان السيرة الذاتية لمحاضر ضيف على الطلاب، كان يقوم بإلقاء محاضرة فى جامعتهم؛ حيث اشتملت إحدى القائمتين على مجموعة من السمات من بينها: سمة الدفء فى حين اشتملت القائمة الاخرى على مجموعة من السمات من بينها: سمة البرودة. وعند بدء المحاضرة قام المجرب بتسجيل المرات التى اشترك فيها طلاب كلتا المجموعتين فى نقاش مع المحاضر. وبعد انتهاء المحاضرة طلب من الطلاب تقدير سمات المحاضر على مقياس متدرج

يضم (15) سمة؛ وكشفت النتائج عن أن الطلاب التى تضمنت قائمتهم سمة دافئ قد قاموا بتقدير المحاضر إيجابياً على سمات مثل: أنه مراع لحقوق ومشاعر الآخرين، ولا يهتم بالرسميات، واجتماعى، وبهيج، ولديه روح الفكاهة، وعطوف. وكانت اتجاهاتهم ايجابية نحو المحاضر؛ حيث اشتركوا أكثر فى المناقشة (فلاح البلعاسى العنزى، 2000: 115؛ رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى، 2003 : ص 116؛ Raven& Rubin, 1976: P 88).

ويرى ممثلو هذا المنحى أن الانطباعات التى يكونها الفرد عن الآخرين لها معنى معين بالنسبة له، وأنها لا توجد بشكل مستقل عن المعارف والخبرات السابقة، بل توجد فى إطار أو سياق معين تؤثر فيه وتتأثر به؛ فنحن ندرك صفات الآخرين على أنها أشياء متصلة، يوجد بينها درجة من الاتساق، وليست كأجزاء منفصلة؛ حيث تحدث عملية تنظيم لهذه الأجزاء من المعارف أو المعلومات، وتنظيمها فى جشطالت أو إطار عام ذى معنى متكامل؛ فإدراك الأجزاء مع بعضها البعض يعطينا أيضاً انطباعاً عاماً لا يتوافر من خلال النظر إلى هذه الأجزاء منفصلة (الكل أكبر من مجموع أجزائه)؛ وبالتالى فتكوين الانطباعات ليست عملية آلية، ولكنها عملية تتم فى سياق معين (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 461).

2) نظرية الشخصية الضمنية[1]:

تعد نظرية الشخصية الضمنية تطويراً آخر قام به روزنبرج Rosenberg وزملاؤه عام (1968). وتعد نظرية الشخصية الضمنية أحد التطبيقات للأعمال

(1) Implicit Personality Theory

المبكرة عن تشكيل الانطباعات وخاصة تلك التى قام بها آش وكيلى وتعنى نظرية الشخصية الضمنية مجموعة من المبادئ العامة والأحكام المتعلقة بالسلوك الإنسانى، والتى يمكن التعميم من خلالها. وعملية تكوين الأحكام هذه هى عبارة عن علاقة يعقدها الفرد بين السمة المشاهدة وبين تصوره الداخلى ومعتقداته وتوقعاته. وفى ضوء نظرية الشخصية الضمنية التى توجد لدى الأفراد، تؤثر هذه الأبنية المعرفية على إدراكهم للأخرين، وفى الاستنتاجات التى يصلون إليها؛ فإدراك الفرد لا يتحدد كلية بالمعلومات المتاحة لديه، ولكن بوظيفة هذه المعلومات فى نظرية الشخصية الضمنية (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 469).

وقد وجد روزنبرج أن الطلبة عندما طلب منهم وصف بعض الأفراد الذين يعرفونهم قد استخدموا بعض الصفات مثل ذكى- وودود- متمركز حول ذاته- طموح- كسول. ووفقاً لنظرية الشخصية فإن الأفراد يستخدمون بعض هذه الصفات متلازمة مع صفات أخرى مثل استخدام صفة ذكى مع صفة ودود، فى حين لا تستخدم صفة ذكى مثلاً مع صفة متمركز حول ذاته. وتجدر الإشارة إلى أن نظرية الشخصية الضمنية من أقل نظريات تشكيل الانطباعات التى خضعت للاختبار الواقعى، لذلك تبقى فروضها قابلة للدحض أو التصديق. وتميل نظرية الشخصية الضمنية إلى تبسيط المعلومات لكى يتم التعامل بشكل أكثر سهولة مع الأمور المعقدة من التفاعل الإنسانى (Deau& Wringhtsman, 1984: pp 82).

ويتبع معظمنا نظرية الشخصية الضمنية فى حياتنا اليومية؛ والتى نستخدمها فى تقدير المحادثات التى تتم مع الآخرين، ويمكن لمفهوم الشخصية الضمنية أن يوضح لماذا نذهب لما وراء المعلومات المعطاه لكى نشكل انطباعات متكاملة عن

الآخرين؛ فعندما نتعامل مع أحد الأشخاص الذى يتمتع ببعض الصفات الإيجابيـــة، فإننا نفترض بناءً على ذلك صفات إيجابية أخرى. وتعتمد النظرية الضمنية علـــى الخبرة السابقة؛ وهى طرق متعلمة لإدراك الغير، وهى آليـــات لتبـــسيط الإدراك. وتمدنا النظرية الضمنية بتوقعات حول سلوك الآخرين. وتعد التوقعات بوجه عـــام محددات قوية لإدراكنا، وقد تقودنا لما يسمى بالنبوءات التى تحقق ذاتها؛ وتعنى أن ما نعتقده عن حالة معينة قد يتحقق بالفعل كنتيجة لهـــذا الاعتقـــاد (Goldstein, 1980: p 134).

3) الجبر المعرفى[1] وتكوين الانطباعات:

متابعة لأعمال آش المبكرة عـــن تكـــوين الانطباعـــات وضـــع أندرســـون Anderson (1981) ثلاثة نماذج أخرى تركز على القيم الإيجابية والسلبية التـــى تحدد خصائص الشخص المفترض. ويرى أندرســـون أن الانطبـــاع الكلـــى عـــن الشخص إما أن يكون المجموع التراكمى للمعلومات، ويسمى النموذج التراكمى أو **نموذج الإضافة**[2]، أو معدل التقديرات المنسوبة لكـــل ســـمة، ويـــسمى **نمـــوذج التوسط**[3]. ويركز نموذج الإضافة على أن الأفـــراد يربطـــون بـــين المعلومـــات المنفصلة عن طريق الإضافة؛ حيث يقوم الفرد بإضافة تقديرات السمات الإيجابية، التى تتكون لديه عن الأفراد الذين سبق وأن تكونت عنهم تقديرات إيجابيـــة. وقـــد أشار أندرسون إلى أنه لا يمكن التنبؤ بالسلوك من خلال هذين النمـــوذجين فقـــط؛ وذلك لأنهما يتسمان بالبساطة الشديدة. ويضيف مكونين آخرين لقاعدة التوسط هما:

(1) Cognitive Algebra.
(2) Additional model.
(3) Averaging model.

أوزان السمات؛ فالسمات كما أشار أندرسون لا تختلف فقط من حيث كونها إيجابية أو سلبية، ولكن أيضاً فى درجة أهميتها، والوزن النسبى الذى تمثله فى الانطباع العام للشخص (Sears et al., 1985: p 53).

ويعتمد نموذج التوسط فى تفسيره لتكوين الانطباعات على مبدأ التوسط، والذى نعرض له كما يلى: نفترض أن الشخص (أ) لاحظ أن الشخص (ب) لطيف وذكى وحكيم، ولكنه قصير جداً، وملابسه فقيرة؛ فإنه يقوم بتشغيل معلوماته فى ضوء ما هو إيجابى أو سلبى من هذه الصفات. وفى ضوء هذه التقديرات يفترض نموذج التوسط أن الشخص سوف يصل إلى تقويم عام لمتوسط السمات الخمس، وهو عبارة عن (مجموع درجات السمات الإيجابية- مجموع درجات السمات السلبية) ثم يقسم الناتج على العدد الكلى للسمات (Sears et al., 1985: p 53)

4) نموذج المتصل[1] لفيسك ونيوبرج Fiske& Newberg:

تم ابتكار نموذج المتصل عن تشكيل الانطباع نتيجة لنتائج فيسك ونيوبرج عام (1990)؛ حيث يصنف الشخص فى البداية على أساس المعلومات التى نملكها عنه، وقد تكون هناك علامة بارزة فى التصنيف مثل لون البشرة، أو النوع. وإذا لم يكن هناك اهتمام شخصى بالفرد الذى نجرى عليه عملية التصنيف، أو كان الشخص لا يهمنا فمن غير المحتمل أن تستمر العملية لمدى أبعد من ذلك. ولكن إذا كان الشخص يمثل أهمية بالنسبة لنا، أو كان هناك تفاعل اجتماعى يربطنا به، فنكون أكثر ميلاً لأن نولى انتباهنا للمعلومات الواردة عنه؛ ومن ثم يتم بحث المعلومات

---

(1) Continuum Model

بمضاهاتها مع تصنيفنا المبدئى، فإذا كانت متسقة مع التـصنيف تأكـد الانطبـاع المبدئى، أما إذا كانت المعلومات الإضافية غير متسقة مع التصنيف الذى أجريناه سلفاً فالمرجح أن يستخدم تصنيف بديل. وإذا لم توجد فئات تصنيفية متاحة يتم تبنى العملية التدريجية التى تركز على الصفات فى تكوين الانطباع؛ أى أننا نلجأ للتقسيم التدريجى كبديل عن التنميط (رشدى فام منصور، أحمد حسين الـشافعى، 2003: ص 124).

ويعد نموذج المتصل بمثابة حركة بين البناءات المعرفية (الفئات، المخططات، النماذج النمطية) التى تثيرها المعلومة لدى الفرد والمعلومات أو الصفات الشخصية له، وهو عبارة عن محاولة للتوفيق بين النموذج الجبرى والنموذج الجشطالتى، أو بين النموذج الجزئى والنموذج البنائى الكلى (فـلاح البلعاسـى العنـزى، 2000: ص119).

النظريات المفسرة لأسلوب العزو:-

هناك مصادر متعددة شكلت الإطار العام لنظريات وبحوث العزو تتمثل فيما يلى :-

(1) نظرية هيدر Heider لعالم النفس المبتدئ[1]:

أسس فريتز هيدر هذه النظرية عام (1958) حيث كـان مهتمـاً بـالظواهر السببية، أو الطريقة التى يكتشف بها الأفراد فى حياتهم اليومية مسببات الأشـياء. ويفترض هيدر أننا نسعى دائماً للكشف عن الأسباب التى تقف وراء سلوكنا وسلوك

---

(1) Naive scientist.

الآخرين، وقد تكون هذه الأسباب أسباب داخلية خاصة بالفرد، أو خارجية خاصة بالبيئة، ويطلق على هذه التفسيرات السببية للسلوك مصطلح العزو، وليس بالضرورة أن تكون هذه التفسيرات دقيقة أو صادقة بالمفهوم العلمى للتفسير. ومن المهم أن نشير إلى أن اهتمام نظرية العزو لا ينصب بشكل أساسى على الأسباب الحقيقية للسلوك وإنما يتركز على الاستنتاجات الملاحظة عن هذه الأسباب. وعلى الرغم من اهتمام هيدر بعزو الأحداث المختلفة، إلا أن اهتمامه الأساسى كان متركزاً على إدراك السلوك الاجتماعى (Goldstein, 1980; pp 138: 139).

وقد أشار هيدر إلى عدد من المسلمات التى قام عليها هذا النموذج قوامها أنه:

- لدى الناس ميل أصيل لفهم وتفسير العالم، والكشف عن دوافع وأسباب سلوكهم وسلوك الآخرين.
- يقترح الناس ويتبنون نظريات سببية بسيطة؛ لكى يقدروا على التنبؤ والتحكم فى البيئة.
- حين يفسر الناس السلوك فإنهم يميزون بين العوامل الشخصية والبيئية، ويستدلون من الخارجية على الداخلية (طريف شوقى، 2001: ص 16).

(2) نظرية الاستدلال الاقترانى[1]:

طور جونز ودافيز Johnes& Davis نظرية الاستدلال الاقترانى عام (1965). وقدم تفسيراً نظرياً يقوم على أعمال هيدر عن الطريقة التى نفسر بها الأحداث. وأكد جونز ودافيز على دور الهاديات الموقفية التى تعين الفرد على عمل

(1) Correspondent Inference .

استدلالات اقترانية حول سلوك الآخر، واستنتاج الاستعدادات الداخلية التى تعد أحد الأسباب المحتملة لهذا السلوك فى المواقــف المختلفــة (Goldstein, 1980; pp 138: 140).

وقد افترض هيدر فى هذا الشأن أننا نستخدم عامة مبدأ الثبات أو عدم التغير[1] بمعنى أننا نفترض جميعاً أن أى سلوك محدد بمجموعة من الأسباب، وما نفعله بناءً على هذا المبدأ هو البحث عن الارتباط أو التلازم بين وجود تأثير معــين وســبب معين، وذلك فى خضم الظروف التى يظهر فيها كل من السبب والنتيجــة (ســماح خالد زهران، 2001).

وبوجه عام تركز نظرية الاستدلال المتطابق أو الاقترانى على وصف المنطق الذى يقف وراء إدراكنا للآخرين، وكيف يمكن أن نستدل على الميول والاستعدادات الداخلية، والنوايا التى عند الآخرين من خــلال ملاحظــة أفعــالهم وســلوكياتهم الصادرة؛ ولذلك سميت هذه النظرية بالاستدلال المتطابق أى الاســتدلال علــى أن السلوك الملاحظ يتطابق مع ميل داخلى خاص بالفعل، وليس بالظروف والعوامــل الخارجية (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 461).

ويركز جونز على نتائج السلوك، فإذا أظهر شخصاً سلوكاً جيداً نميــل إلــى إدراك ذلك الشخص على أنه شخصاً ودوداً، ويعتمد هذا التفسير على ما ظهر مــن نتائج السلوك. ومجمل القول فإن سلوك الآخرين يعكس بعض ســماتهم المــستقرة (Deau& Wringhtsman, 1984: p 98; Baron et al., 2008).

---

(1) Principle of Invariance .

(3) نظرية عمليات العزو السببى المتعدد:

صاغ كيلى Kelley (1967) نظريته لوصف وتفسير كيفية وصول الشخص إلى عزو سببى لسوكه، وسلوك الآخرين، والأحداث البيئية المحيطة. ويعنى العزو السببى تلك العملية التى التى يفسر بها الفرد أسباب الأحداث المختلفة، وقد تتعلــق هذه الأسباب بعوامل داخل الفرد أو عوامل فى البيئة الخارجية بما تتـضمنه مــن أشياء أو أشخاص (Baron et al., 2008).

وقد اعتمد كيلى فى ذلك على جهود من سبقوه فى هذا الشأن أمثــال جــونز ودافيذ وهيدر وغيرهم. وأوضح كيلى أن عملية العزو السببى عملية معقدة ومركبة، ويجب أن تأخذ فى الحسبان الأسباب المختلفة التى يترتب عليها أثر معين. وقد قدم كيلى نموذجين لتفسير عملية العزو هما:

أ- **نموذج التباين أو التغاير المتلازم**[1]: وفيه أوضح كيلى أن الأثر لا يعزى دائماً إلى سبب واحد؛ حيث اهتم كيلى بمدى أوسع مــن الخــصال الاســتعدادية، وتطرق أيضاً للمحددات البيئية سواء أكانت بــشراً أم عوامــل موقفيــة (داخليــة وخارجية) (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيــف محمــد خليفــة، 2001: ص 462؛ طريف شوقى، 2001: ص 17).

ويرى كيللى أن الناس يحددون نوع العزو الذى يفسر السلوك من خلال البحــث عن السبب الممكن، الذى يرتبط بالحدث (محمد الــسيد عبــد الــرحمن، 2004: ص 216). وأشار إلى أن المعلومات حول البيئة والعالم وأنفسنا غير كاملة عادة، وأنه حين

---

(1) Covariation Model

تنخفض معلوماتنا عن الحد الكافى ينتج عدم ثبات عزوى؛ فعندما نواجه حدثاً لا يمكن تفسيره فإننا نبحث عن معلومات مساندة وإضافية عبر ثلاثة أبعاد أو محكات هى:-

التحديد(1): حيث نتساءل هل هذه النتيجة تحدث عندما يكون السبب المحتمل فى عقولنا موجوداً أم غير موجود.

الاتساق(2): هل هناك اتساق فى التلازم المتغاير بين السبب والنتيجة عبر الزمن.

الإجماع(3): هل يلاحظ الآخرون بنفس الطريقة هذا التلازم المتزامن، وهل يجمعون على أن هذا السبب هو المسئول عن هذا الحدث، أو تلك النتيجة (محمد السيد عبد الرحمن، 2004: ص 216؛ Raven& Rubin, 1976: p 112؛ Baron et al., 2008: p 86).

وفى حال استيفاء تلك الشروط يحصل على معلومات تسمح له بالاستدلال على أن هذا السبب هو المسئول عن تلك النتيجة؛ وأدى ذلك لأن يشبه كيلى الفرد بالباحث المبتدئ، الذى يضع فروضاً لتفسير الظواهر ويسعى للتحقق منها. وقد نجح كيللى فى تحديد كثير من الظروف التى يكون الفرد فى ظلها واثقاً من تعليل تصوراته وأحكامه للأحداث البيئية، وأن هذا التصور سيكون ثابتاً وغير متحيز للمدى الذى سيكون فيه متسقاً عبر الزمن، ومميزاً بين الأحداث، ومتفقاً مع تصورات الآخرين (Baron et al., 2008: p 86).

---

(1) Distinctiveness.
(2) Consistency.
(3) Consensus.

ب- النموذج الصورى أو الشكلى للعزو[1]: وطبقاً لهذا النموذج يمكن الاعتماد على الملاحظات الفردية فى الحصول على البيانات المختلفة التى تعيننا على تحديد الإعزاءات السببية (Goldstein, 1980; pp 142: 143).

وقد عالج بعض الباحثين الأساليب التى نعزو بها الصفات إلـــى الأشـــخاص الآخرين وإلى أنفسنا. وفى الحقيقة تعتبر الدراسات التى تتناول نظرية العزو مـــن أكثر الدراسات نشاطاً وإثارة فى علم النفس؛ فنحن نحاول دائمـــاً فـــى تفاعلاتنـــا الاجتماعية أن نعزو أفعال الآخرين إلى أسباب ملائمة ومناسبة. ويشرح ذلك كيلى Kelley بقوله إن عملية العزو تكمن وراء ما يسبب أو يدفع إلى بعض الظـــواهر اليومية (وليم لامبرت، ولاس لامبرت ، 1993: ص 90).

(4) نظرية العزو لدى وينر[2] Winer:

صاغ بيرنارد وينر عام (1971) نظريته التى تركز على جانب محدد مـــن السلوك مقارنة بالنظريات والنماذج الأخرى فى العزو والتـــى صـــاغها كيلـــى وجونز؛ حيث يركز وينر على التفسيرات التى نصل إليها عند محاولـــة تفـــسير أسباب النجاح والفشل فى المهام المختلفة الموكل إليه تنفيذها. وعلى الرغم مـــن تركيزها على جانب محدد من السلوك إلا أنها تعد من أهم النظريـــات المفـــسرة للعزو (Deau& Wringhtsman, 1984: pp 98). وقد اقترح وينر الـــصيغة الأساسية لنظرية العزو لدافعية الإنجاز عام (1971) وأدخل تعديلات عليها عـــام (1986). ويشير منطوق النظرية إلى أن الأفراد يعللون الأحداث بالأسباب التـــى

---

(1) Configuration Model of Attribution.
(2) Winer Attribution theory.

تقع فى نطاق ثلاثة أبعاد هى:-

موضع السببية[1]: وتشير إلى الدرجة التى يدرك بها الفرد أن النتائج معتمدة على ظروف داخلية (الاستعداد- مستوى الجهد) أو خارجية (طبيعة المهمة- سلوك الآخرين).

الاستقرار[2]: ويشير إلى الدرجة التى يدرك بها الفرد الأسباب فى حالة تذبذب أو استقرار؛ فقد يدرك الفرد أن جهده فى الموقف غير مستقر؛ لأنه يتفاوت من سياق لآخر، فى حين يدرك أن سمات شخصيته ثابته ومستقرة.

القابلية للتحكم[3]: وتشير إلى الدرجة التى يدرك بها الفرد الأسباب بكونها قابلة للتحكم فيها إرادياً، إلا أن البعدين الأول والثانى قد حظيا باهتمام أكبر من قبل الباحثين مقارنة بالبعد الثالث (Sears et al., 1985: p 98; Deau& Wringhtsman, 1984: pp 98).

(5) نموذج العجز المكتسب:

تجدر الإشارة هنا إلى أن نموذج العجز المكتسب قام على مجموعة من المبادئ الأساسية التى اعتمدت عليها نظرية العزو لدى وينر، وهى (موضع السببية، والاستقرار، والقابلية للتحكم). ولكن أفكار هذا النموذج قد قامت بشكل أساسى على افتراض فقدان القدرة على التحكم فى المدعمات لدى مرضى الاكتئاب، أما نظرية العزو لدى وينر فقد تم التعامل مع فروضها على الأسوياء.

---

(1) Locus of Causality.
(2) Stability.
(3) Controlability.

وتمتد أصول هذا النموذج إلى الدراسات المعملية التـــى أجراهـــا ســـيلجمان وزملاؤه لإثارة العجز[1] عام (1975) سواء لدى الإنسان أو الحيوان، والتى وجدوا من خلالها تشابهاً بين مظاهر العجز المكتسب- الذى يعنى "حالة نفسية تنشأ لـــدى الكائن نتيجة لتعرضه لأحداث لا يستطيع التحكم فيها"- ومظاهر الاكتئاب. ويـــشير سيلجمان إلى أن العجز المثار معملياً يؤدى أيضاً إلى اختلال القدرة علـــى الـــتعلم، وإلى اضطرابات وجدانية (شعبان جاب الله رضوان، 1992).

وتجدر الإشارة إلى أن الاكتئابيين يشيع لديهم نمط انهزام الـــذات[2]، الـــذى يؤدى إلى عزو الأحداث السلبية لأسباب داخلية ثابتة ومستقرة مثل ضعف قدرتهم، وعزو الأحداث الإيجابية لعوامل خارجية مثل الحظ. وهذا على العكس تماماً مما يفعله الأسوياء كنوع من أخطاء تحيز العزو الأساسى والتى سبق الإشـــارة إليهـــا. وبالتالى يدرك الاكتئابيون أنفسم بأنهم عاجزون عن التحكم فيما يحدث لهم. وبالتالى تركذت الأساليب العلاجية التى تقدم لهؤلاء المرضى على تغيير نمط العزو لكـــى يشعروا بقيمتهم الذاتية فى إنجاز النجاحات المختلفة، وعدم المبالغة فى لوم الـــذات عن الأحداث السلبية (Baron et al., 2008: p 96).

وقد أجريت عدة دراسات لاختبار صدق هذا النموذج، وتعرض لانتقادات عند تطبيقه على الآدميين. ونتيجـــة لهـــذه الانتقـــادات قـــدم أبرامـــسون Abramson وسيلجمان Seligmanوتيزديل Teasdale سنة (1978) صياغة معدلـــة لنمـــوذج العجز المكتسب للاكتئاب يقوم على فرض مفاده: "عندما يدرك الفـــرد أن ســـلوكه

(1) Helplessness.
(2) self defeating

مستقل عن النتائج والأحداث التى يتعرض لها؛ فإنه سيعلل عجزه بسبب ما قد يكون ثابتاً عبر الزمن، وعاماً عبر المواقف، أو خاصاً بموقف معين، وداخلياً أى يتصل بذاته، أو خارجاً عنها. ويؤثر الأسلوب الذى يعلل به الفرد عجزه على مآل هذا العجز فى المستقبل؛ أى هل سيكون مزمناً أم حاداً، كما يؤثر على ما إذا كان العجز سيؤدى إلى انخفاض فى تقدير الذات أم لا (شعبان جاب الله رضوان، 1992).

وقد حاولنا اختبار عما إذا كان الفصاميون سيميلون إلى تعليل أسباب الفشل- فى المواقف التى قرروا أنها خبرات فشل واضحة مروا بها فى حياتهم- إلى أسباب داخلية تتصل بالذات وليس بالآخرين، وثابتة عبر الزمن وليست متغيرة، وعامة عبر المواقف ولا تتصل بموقف محدد. وهذه الافتراضات الثلاثة هى ما تم افتراضها فى الدراسات التى أجريت وفقاً لأفكار هذا النموذج على مرضى الاكتئاب. وسنحاول اختبار صدق هذه الفروض عند تطبيقها على مرضى الفصام.

ومن خلال نموذج العجز المكتسب فإنه يحتمل أن يكون هناك افتراض بأن العوامل الداخلية والمستقرة والعامة حول أحداث الحياه السلبية لها تأثير ضار على الجوانب الوظيفية للسلوك؛ ففى اضطراب الاكتئاب يمكن أن ينظر إلى الأحداث السلبية على أنها نتيجة لعوامل مستقرة ودائمة تؤدى لانسحاب الفرد. ويمكن القول بأن الميل إلى عزو الأحداث إلى عوامل داخلية، ومستقرة، وعامة تؤدى بشكل عام إلى وظائف اجتماعية ضعيفة (Lysaker et al., 2003).

(6) نظرية لوى Lowe فى تفسير العزو السببى[1]:

---

(1) Lowe Attributional Model .

يفترض لوى أن ملاحظة السلوك وآثاره يحدث فى البداية، ثم يلى ذلك تحليل هذا السلوك بهدف الاتساق، والاتفاق، والتمايز. ويركز هذا النموذج على أن عملية العزو السببى تتم فى ضوء كل من القدرة والنية، وأن عملية العزو هذه تنقسم إلـــى نوعين، عزو يتعلق باستعداد الفرد ونزوعه، وعزو يتمثل فى ردود الفعل السلوكية (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001: ص 462).

الفصل الثالث
طرق قياس المعرفة الاجتماعية

محتويات الفصل:

- مقدمة.
- قياس الإدراك الاجتماعى.
- قياس الإدراك الانفعالى.
- قياس أسلوب العزو.

الفصل الثالث

طرق قياس المعرفة الاجتماعية

مقدمة:

يعد القياس ركناً أساسياً من أركان البحث العلمى، فعن طريق القياس يمكننا بحث كثير من الظواهر النفسية التى ظلت لوقت بعيد غير قابلة للقياس. ويقصد بالقياس عملية تحديد رقمى لأشياء أو موضوعات تبعاً لقواعد معينة متفق عليها. وقد تم الرجوع لعدد من المقاييس التى تكرر ورودها فى التراث النفسى التى تعالج متغيرات الدراسة الأساسية، وكانت على النحو التالى :-

قياس الإدراك الاجتماعى:-

وجدت الباحثة أن أغلب المقاييس التى استخدمت فى تقدير الإدراك الاجتماعى قد اهتمت بتقدير السياق الموقفى الذى تتم فيه عملية الإدراك، أو تقديره من خلال بعض القائمين على رعاية هؤلاء المرضى. وفيما يلى نماذج من هذه المقاييس:-

1- اختبار مخطط تسلسل الفهم

The Schema Comprehension Sequencing Test Revised (SCST-R)

أعد هذا الاختبار كوريجان وأديس Corrigan and Addis عام (1995) وهو من اختبارات تقدير سياق الإدراك الاجتماعى، وهو يتضمن (12) مجموعة من البطاقات، وكل مجموعة من هذه المجموعات تصف موقف اجتماعى خاص مثل (الذهاب للتسوق، أو الذهاب إلى السينما) وتصف هذه البطاقات أفعال سلوكية معينة مثل (فى حالة الذهاب إلى التسوق فإن الأفعال السلوكية تكون عبارة عن

قيادة السيارة، ودخول المتجر ... الخ) والمطلوب من المبحوث ترتيب هذه البطاقات بالترتيب الصحيح بأسرع ما يمكن، وذلك لتقدير دور السياق، ويقوم المبحوث بوضع عنوان للموقف الذى يقوم بترتيب كروته قبل أن يقوم بعملية الترتيب؛ لذلك فإنه من المتغيرات المهمة طول وقصر السلسة التى يقوم المبحوث بترتيبها. ويظهر تأثير السياق فى أقل وقت يستغرقه المبحوث فى ترتيب البطاقات ترتيباً صحيحاً، وأكبر عدد من البطاقات المرتبة بشكل دقيق (Penn, Ritchie, Francis, Combs& Martin, 2002).

2- مقياس الملاحظة عن طريق فريق التمريض

The Nurse's Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE)

ومن الطرق الأخرى التى تم من خلالها تقدير الإدراك الاجتماعى تقدير السلوك داخل العنبر؛ حيث يتم ملاحظة المرضى وما يبدونه من سلوكيات أثناء العلاج. ويتم ذلك باستخدام مقياس الملاحظة عن طريق فريق التمريض لتقييم المرضى المقيمين داخل المستشفى. وقد أعد هذا الاختبار هونيجفيلد Honigfeld وآخرون عام (1996) ويتكون هذا الاختبار من (30) بنداً سلوكياً ترتبط بالتكنيكات النفسية التى يعمى فيها الهدف من الدراسة، وكل بند يتم التقييم فيه عن طريق مقياس ذا خمس نقاط يتراوح بين (أبداً: دائماً) وهو يعتمد على ملاحظة السلوك فى (72) ساعة الأخيرة. وتتمثل البنود الثلاثين فى ستة مقاييس فرعية لتقدير الكفاءة الاجتماعية، والاهتمام الاجتماعى، والنظافة، والاستثارة، والبطء النفسى الحركى، والعصابية. وقد تم حساب ثبات المقدرين لهذا الاختبار؛ حيث

حصلت جميع مقاييسه الفرعية على معاملات ثبات مرتفعة باستثناء مقياس الـبطء النفسى الحركى (Penn et al., 2002).

3- **مقياس الإدراك الاجتماعى** Social Perception Scale.

من خلال استكشاف الأدوات التى أعدت فى البيئة العربية تم الحصول علـى مقياس لتقدير الإدراك الاجتماعى لدى الأطفال، والذى أعدته سماح خالد زهـران عام (2001) وقد افترضت الباحثة بنود المقيـاس بنـاءً علـى تعريـف القـدرة الاجتماعية، والسيطرة، والتسلط، وتحويل ذلك لمواقف سلوكية يمكن أن يقوم بهـا الطفل. وقد وضعت الباحثة تدريج خماسى يحدد درجة الموافقـة علـى العبـارة، ويتراوح بين صفر حيث الرفض التام، إلى أربعة حيث الموافقة التامة (سماح خالد زهران، 2001: ص 88). وقد سببت هذه الطريقة (الاختيار من تـدريج متعـدد المستويات) مشكلة بالنسبة للأطفال؛ وبالتالى تم تعديل التعليمات، وكـذلك طريقـة الاستجابة بوضع علامة صواب أو خطأ إذا كان يؤدى أو لا يؤدى الموقف، وتقدر الإجابة الصواب بدرجتين والإجابة الخاطئة بصفر، وإذا كان الطفل متـشككاً بـين الإثبات والنفى تعطى الإجابة درجة واحدة. وينقسم المقياس إلى قـسمين: الإدراك الاجتماعى لسمة القدرة الاجتماعية، والإدراك الاجتماعى لسمة السيطرة والتـسلط، ويطبق المقياس فى جلستين منفصلتين.

قياس الإدراك الانفعالى:-

تعتمد المقاييس التى تعنى بتقدير الإدراك الانفعالى على فكرة مؤداها تقـدير التعبيرات الانفعالية من خلال مهمتى (التحديد أو التعرف على الانفعالات المختلفة، والتمييز بين هذه الانفعالات) سواء أكانت هذه التعبيرات الانفعالية خاصة بمنطقـة

الوجة- وهو الشائع استخدامه- أو التعبيرات الانفعالية التى تشمل مناطق مختلفة من الجسم. وسنعرض لنماذج من هذه المقاييس على النحو التالى:-

أ- مقاييس التعرف الانفعالى:-

1- اختبار حدة الانفعال لبين Penn Emotion Acuity Test (PEAT).

أعد هذا الاختبار إرون وآخرون (Erwin, Gur, Skolnick, Mawhinney-Hee, Smailis, 1992). ويطبق هذا الاختبار من خلال الحاسب لتقدير الإدراك الانفعالى الذى يتضمن صور غير ملونة للتعبيرات الوجهية التى تم الحصول عليها من جهات متخصصة؛ حيث تتدرج الانفعالات من السعادة الشديدة إلى الحزن الشديد، ويطلب من المبحوثين تقدير كل انفعال متضمن فى أربعين صورة على مقياس ليكرت ذى سبع نقاط يتدرج بين (1: 7) وتحسب الدرجة بالعدد الصحيح للاستجابات، التى يقدرها المبحوثون على أنها انفعالات شديدة السعادة أو شديدة الحزن، والتى تسجل منفصلة بالإضافة للدرجة الكلية.

2- اختبار تحديد انفعالات الوجه

Facial Emotion Identification Test

أعد هذا الاختبار كير ونيل (Kerr& Neale.,1993)، وهو يتضمن (19) صورة أبيض وأسود، وهى تصف انفعالات وجهية تعرض على شريط فيديو؛ حيث تعرض كل صورة لمدة (15) ثانية بفاصل زمنى بين كل صورة وأخرى لمدة تصل إلى (10) ثوانى؛ حيث يطلب من المبحوثين وضع دائرة حول الانفعال الصحيح من ضمن ست انفعالات مسجلة على كراسة الإجابة هى (السعادة، الغضب، الخوف،

الحزن، الدهشة، الخجل). ويطلب من المبحوث اختيار أنسب انفعال يصف الصورة التى عرضت عليه . وتتراوح الدرجات على هذا الاختبار مابين (0: 19) درجة؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى قدرات إدراكية انفعالية جيدة.

3- مهمة التحديد الانفعالى الوجهى

The Facial Emotion Identification Task (FEIT).

أعد هذا الاختبار (Kerr& Neale.,1993) ويتضمن هذا الاختبار عرض (50) صورة أبيض وأسود للتعبير عن خمس انفعالات هى (السعادة- الحزن- الخوف- الدهشة- الخجل) ويسأل المبحوث عن تصنيف كل صورة على حسب الانفعال الملائم. وطور هذا الاختبار للاستخدام على المرضى والأسوياء، واستخدم على نطاق واسع فى البحوث الإكلينيكية، وكشفت الدراسات السابقة عن اتساق داخلى يصل إلى (74٪) بالنسبة للعينات الإكلينيكية واتساق داخلى يتراوح بين)56٪: 71٪) بالنسبة للعينات الضابطة.

4- تحديد الانفعال الصوتى

Voice Emotion Identificqtion Test (VEIT)

أعد هذا الاختبار (Kerr, Neale.,1993)، وفيه يعرض على المبحوثين سلسة مكونة من (21) جملة لمحتوى صوتى محايد مسجل على شريط فيديو، وتقرأ هذه الجمل بصوت عال، ويعطى المبحوث ورقة إجابة مسجل عليها الانفعالات الستة المدونة فى اختبار تحديد انفعالات الوجه. ويطلب من المبحوثين اختيار الانفعال الملائم طبقاً لنبرة صوت الشخص الذى يقرأ الجملة.

5- مهمة التعرف الانفعالى Emotion recognition task (ERT).

تم استخدام (14) صورة ملونة تعكس التعبيرات الوجهية القوقازية واليابانيـــة للانفعالات، وقد أعد هذه الصور ماتسموتو وإيكمان Matsumoto& Ekman عام (1988). ويسأل المبحوثون عن نوع الانفعال الذى تمثله الصورة التـــى تعـــرض عليه. وفى هذا الصدد وجد مراقبون من ثقافات متعددة مثل بيهل وزملائه (Biehl, Matsumoto, Ekman, Hearn,Heider, Kudoh et al., 1997) أن هـــذه الصور تعكس الانفعالات السبعة المتعارف عليها عالمياً، وهى (الخوف، والغضب، والسعادة، والحزن، والاشمئزاز، والازدراء، والدهشة).

6-اختبار التعرف الانفعالى لبيل ليساكر

The Bell-Lysaker Emotion Recognition Test (BLERT).

أعد الاختبار بيل وآخرون (Bell, Bryson& Lysaker, 1997) ويـــستخدم هذا الاختبار فى القياس القبلى والمتابعة فقط، ويتكون من (21) بنداً تعرض علـــى شرائط فيديو لتمثل سبع حالات انفعالية (السعادة، والحزن، الخـــوف، والغـــضب، والاشمئزاز، والازدراء، و الدهشة، بالإضافة لعدم وجود انفعال محدد) حيث تعرض كل صورة لمدة (10) ثوانى، ثم يطلب من المبحوثين وضع دائرة حول الانفعـــال المناسب الذى يعرض عليهم فى ورقة الإجابة، وتعكس الدرجة المرتفعة على هـــذا الاختبار قدرات إدراكية انفعالية مرتفعة.

7- اختبار الإدراك الانفعالى

Videotape Affect Perception Test (VAPT)

أعد الاختبار بيلاك وآخــرون (Bellack, Mueser& Gingerich,1997) ويتضمن هذا الاختبار شريط فيديو مسجلاً عليه (30) مــشهداً مـــن المسلــسلات والأفلام التلفزيونية، حيث تكون متوسط مدة عرض المشهد (15) ثانية، وفى بداية كل مشهد يطلب من المبحوثين انتظار شخصية خاصة بعد مشاهدة المشهد، وبعــد المشاهدة يطلب من المبحوثين اختيار انفعال من انفعالات ســتة هــى (الــسعادة، الغضب، الخوف، الحزن، الدهشة، الخجل) التى تميز الممثل أو الممثلــة، وهــى الشخصية الخاصة التى أخبروا عنها.

8- بروفيل الحساسية غير اللفظية

Profile of nonverbal sensitivity (PONS)

أعد هذا الاختبار روزينثال Rosenthal وآخرون عام (1979) ويقيس هــذا الاختبار الإدراك الاجتماعى غير اللفظى من خلال شريط فيديو يستمر لمدة (45) دقيقة، ويعرض مواقف شخصية مؤثرة، وهــو يتــضمن (220) مــشهداً ســمعياً وبصرياً لإناث قوقازيات، والدلالات البصرية تشمل الوجه وبعــض أجــزاء مــن الجسم، ويتضمن الاختبار (110) مشاهد للانفعالات الإيجابيــة، و(110) مــشاهد للانفعالات السلبية. ويستغرق عرض كل مشهد ثانيتين، ويختار المبحوث دلالة هذا المشهد أو عما يعبر عنه بين نوعين من الدلالات، وتقدر الدرجة النهائيــة بعــدد الدلالات الصحيحة التى يقوم باختيارها (Toomy et al., 2002).

9- أداة التعرف على الانفعالات لدى الاضطرابات النفسية العصبية

Tool for recognition of emotions in neuropsychiatric disorders (TRENDS).

هى آداة حساسة وصادقة استخدمت فـــى المجتمـــع الهنـــدى لتقـــدير الإدراك الانفعالى. وهى تتضمن منبهات ثابتة مثل (الصور) ومنبهات متحركـــة (مقـــاطع فيديو). وشارك فى تقديم الانفعالات المختلفة أربعة ممثلين مدربين (طفل صـــغير، طفلة صغيرة، ذكر كبير، أنثى كبيرة) وهؤلاء الممثلون لديهم خبرة فـــى التمثيـــل المسرحى. وقد اختيروا لتمثيل الانفعالات الستة الأساسية (السعادة، الحزن، الخوف، الغضب، الدهشة، الاشمئزاز). ويقوم الممثلون بتمثيل كل انفعال بدرجتين مختلفتين؛ فمثلاً السعادة تمثل بالابتسامة والضحك. وتم استخدام صور عالية الدقة، وبالنـــسبة للفيديو استخدمت ثلاثة مواضع للإضاءة لتعزيز جودة الصورة، وتفادى أى ظـــلال خلفية. وقد استخدم (52 صورة ثابتة، و28 صورة متحركة) بحيـــث تظهـــر كـــل صورة فى تسلسل عشوائى. وتم التحقق من صدق الآداة مـــن خـــلال (51) مـــن الأسوياء المتطوعين، و(5) من الأطباء النفسيين المؤهلين. ويتم عرض الـــصورة لمدة (15) ثانية من خلال شاشة كمبيوتر على مسافة متـــر فـــى غرفـــة مغلقـــة، ويعرض على المبحوثين الصورة الثابتة أولاً ثم الصورة المتحركة، ويطلب منـــه اختيار نوع الانفعال الملائم الذى تعبر عنه الصورة، ويتم اختيار إجابة من ضـــمن سبعة إجابات (سعادة، حزن، خوف، غضب، دهشة، اشـــمئزاز، انفعـــال محايـــد) .(Behere, Venkatas, Arasappa, Reddy& Gangadhar, 2011)

ب- مقاييس التمييز الانفعالى:

1- اختبار مضاهاة الانفعال لكينى

Kinney's Affect Matching Test (KAMT)

أعد (Kinney, Fantie, Pascualvaca, Rodriguez& Mirsky,1995). الاختبار كينى

ويتضمن هذا الاختبار ظرفين تجريبيين؛ حيث يتضمن الظرف التجريبى الأول (30) منبهاً، ويتضمن كل منبه صورة فوتوغرافية لطفل تعرض فى الجزء العلوى لشاشة الكمبيوتر، وصور فوتوغرافية لثلاثة أطفال آخرين فى الجزء السفلى من الشاشة؛ حيث يقوم المبحوث بمضاهاة واحد من الشخصيات المصورة أسفل الشاشة بالصورة الهدف أعلى الشاشة اعتماداً على هوية الشخص، ويتمثل الظرف التجريبى الثانى فى اختبار مضاهاة الهوية، وفيه يقوم المبحوثون بمضاهاة الصور التى تعتمد على التعبيرات الانفعالية للأطفال، وتشمل (السعادة، الحزن، الغضب، الاشمئزاز، المفاجأة). وتجدر الإشارة إلى أن الصور المستخدمة فى هذا الاختبار هى صور غير ملونة لأربع إناث وثلاثة ذكور (ستة من أصل قوقازى، وواحد من أصل أفريقى) ويتم طمس هوية بعض الشخصيات بتغيير بعض ملامحهم، مثل تغيير مظهر بعض الشخصيات بارتداء قبعة أو نظارة لم تكن موجودة من قبل.

2- اختبار تمييز الانفعال (IMT) Identity Matching Test.

أعد هذا الاختبار إرون وآخرون (Erwin et al, 1992) وهو يتضمن أربعين مجموعة من الصور الفوتوغرافية البيضاء والسوداء لوجوه تتضمن

تعبيرات السعادة والحزن. وفى كل مجموعة تكون هناك صورتين فوتـوغرافيتين لنفس الشخص، وتصور الصور الفوتوغرافية لأربع سيدات من الجنس القوقـازى، وأربعة ذكور من نفس الجنس فى أعمار مختلفة. ونصف هذه البنود تصور الوجوه التى عليها انفعال السعادة والنصف الآخر يصور الوجوه التى عليها انفعال الحزن. ونوضح للمبحوث أن واحداً من كل وجهين يعبر عن انفعال معين مع اختلاف شدة هذا الانفعال، ويكون السؤال الموجه للمبحوثين أى هذه الوجوه يعبر عن السعادة، وأيها يعبر عن الحزن، أم أن الوجهين يعبران عن الانفعال نفسه.

3- مهمة تمييز الانفعال الوجهى

the Facial Emotion Discrimination Task (TFEDT).

أعد هذا الاختبار كير ونيل (Kerr, Neale.,1993)، وهـو يتـضمن (77) زوجاً من الصور، يطلب من المبحوثين تحديد عما إذا كانت هذه الصور تعبر عن نفس الانفعال، أم أنها تعبر عن انفعالات مختلفة.

4- اختبار الاستدلال من التعبيرات الانفعالية للوجه.

أعد اختبار الاستدلال من التعبيرات الانفعالية للوجه (أشرف شلبى، عبد الحليم محمود السيد) وهو عبارة عن مجموعات من الصور التى تتضمن تعبيرات وجهية لعدد من الفنانين العالميين، وقد تم تصنيف هذه الصور إلى عدة تعبيرات انفعاليـة تشمل:- السرور، والاشمئزاز، والدهشة، والحزن، والابتسام الخفيـف، والحـزن، والخوف والغضب، والرعب/ الفزع، والبكاء.

قياس أسلوب العزو:

ينبغى الإشارة هنا إلى أن أغلب الدراسات التى تناولت بحث أسلوب العزو لدى مرضى الفصام فى حدود علم الباحثة قد استخدمت استبيان أسلوب العزو، وهناك بعض الدراسات قد استخدمت اختبارات أخرى سنحاول عرضها فى الفقرة التالية.

1- مقياس العدائية والنوايا الغامضة The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ)

أعد هذا المقياس Combs وآخرون عام (2007) وهو يستخدم لتقدير أسلوب العزو؛ حيث يقوم المبحوثون بقراءة سلسلة من المواقف الاجتماعية، ويتلقى المبحوثون أسئلة حول نوايا الشخصيات التى تصورها هذه المواقف، وكيف يستجيب المبحوثون أنفسهم لمثل هذه المواقف، ونقوم هنا بفحص الدرجات على المواقف الغامضة فقط(Horan. Kern, Green& Penn, 2009) .

2- استبيان أسلوب العزو Attributional Style Questionnaire. (ASQ)

أعد النسخة الأولى من هذا المقياس بترسون Peterson وآخرون عام (1982) ويتضمن الاختبار (12) حدثاً وموقفاً افتراضياً ستة منها إيجابية وستة منها سلبية، وتتصل الأحداث فى كل فئة منها بالإنجاز الشخصى، ومجال العلاقات الاجتماعية. ويهدف المقياس لقياس الأبعاد الثلاثة للعزو وهى:-

أ- العزو الداخلى- فى مقابل- العزو الخارجى.

ب- العزو الثابت- فى مقابل- العزو المتغير.

ج- العزو العام- فى مقابل- العزو الخاص (شـــعبان جـــاب الله رضـــوان، 1992، ص 122).

وقد كانت هناك محاولات من قبل بعض الباحثين بترجمة هذا المقيـــاس إلـــى لغات متعددة، منها مـــا قـــام بـــه بالومـــاريس وســـانجوان Palomares and Sanjuánعام (1995) من ترجمة هذا المقياس إلى اللغة الأســـبانية Fraguas et al., 2008).

وقد قام بترسون وأخرون عام (1982) بتقدير الخصائص السيكومترية لهـــذا المقياس، ووجدوا أن ثباته ضعيف، وبخاصة فيما يتعلق بثبات كل بعد من الأبعـــاد الثلاثة؛ ونتيجة لذلك دمج معظم الباحثين درجات هذه الأبعاد، وتعاملوا مع الدرجة الكلية للمقياس كمحاولة لرفع الثبات وتحسينه. وفى عـــام (1988) قـــام بترســـون وفيلانوفا Peterson&Villanova بمحاولة لرفع ثبات النسخة الأولى من مقياس أسلوب العزو؛ وذلك من خلال زيادة عدد بنوده لتصبح (24) حدثاً افتراضياً سلبياً، وحذفت الأحداث الإيجابية، ولم تضمن فى هذه النسخة، وقد أشارا إلى أن نظريـــة العجز المكتسب بعد تعديلها لم تهتم صراحة بالأحداث الإيجابية.

ننتهى بذلك من عرض طرق القياس التى استخدمت فى تقدير مفاهيمنا الأساســـية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو). وســـنســـعى فـــى الفـــصل الخامس إلى عرض مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية لـــدى مرضـــى الفـــصام. مدعمين ذلك بالدراسات السابقة. وهذا ما سيكون محور حديثنا فى الفصل القادم.

الفصل الرابع
مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية
(بحوث ودراسات سابقة)

محتويات الفصل:

الفصل الرابع

مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية

(بحوث ودراسات سابقة)

مقدمة:

عرضنا فيما مضى لعدد من الدلائل التى تكشف عن ملامح الارتباط بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، لذا سنتوجه فى هذا الفصل إلى استعراض مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، مدعمين ذلك بالدراسات والبحوث النفسية التى تتناول المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة لدى مرضى الفصام، بالإضافة إلى عرض مظاهر اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى، ثم ملامح العلاقة بين المعرفة والكفاءة الاجتماعية. وسنراعى فى هذا العرض التمييز بين المفاهيم الممثلة للمعرفة الاجتماعية مثل التمييز بين متغيرى الإدراك الاجتماعى والانفعالى لتجنب الخلط الذى وقعت فيه بعض الدراسات، كما سيتم عرض طرق القياس التى استخدمت فى كل دراسة لتقدير متغيراتها، والنتائج التى توصلت إليها.

أولاً: اضطراب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

- بحوث ودراسات تناولت اضطراب المعرفة الاجتماعية عموماً لدى مرضى الفصام.

1- اضطراب الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام.

- بحوث ودراسات تناولت اضطراب الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام.

2- اضطراب الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام.

- بحوث ودراسات تناولت اضطراب الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام.

3- اضطراب أسلوب العزو لدى مرضى الفصام

- بحوث ودراسات تناولت اضطراب أسلوب العزو لدى مرضى الفصام.

ثانياً: العلاقة بين المعرفة الاجتماعية وبعض المتغيرات ذات الصلة لدى مرضى الفصام، وتتضمن:

1- العلاقة بين المعرفة الاجتماعية (بمكوناتها) والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

بحوث ودراسات تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

2- بحوث ودراسات تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية لدى مرضى الفصام.

وفيما يلى عرض هذه المحاور تفصيلاً:-

أولاً: اضطراب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام:-

ينطلق الاهتمام بالمعرفة الاجتماعية من اتجاه عالمي حديث يشار فيه إلى أن المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام قد حظيت باهتمام كبير فى الفترة الأخيرة؛ نظراً لارتباطها الأساسى باضطراب الفصام؛ حيث وجد كثير من الباحثين أن مرضى الفصام يكشفون عن قصور دال فى المعرفة الاجتماعية مقارنة بالأسوياء (Thompson, Papas, Bartholomeusz, Allott, Amminger, Nelson& , 2012; Jackson, Vallieres, Lavoie, Ouellet, Achim& Roy, 2013).

ويعد مجال المعرفة الاجتماعية من المجالات التى يتزايد بحثها لدى مرضى الفصام، ومن أهم جوانب القصور فى المعرفة الاجتماعية التى يعانى منها هؤلاء المرضى فى مراحل الاضطراب الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وإدراك العلاقات، ونظرية العقل، والذكاء الانفعالى، والمعلومات الاجتماعية، وأسلوب العزو، والقدرة على الترميز والاستدلال، وتفسير مشاعر الآخرين، والميل بشكل مفرط لتكوين انفعالات سلبية عن الآخرين، وتعميم الاستجابات؛ لتحديد نوايا وتصرفات وسلوكيات الآخرين، والقصور فى تحديد وحسم الصراعات الاجتماعية، والقدرة على دمج المعلومات التاريخية، والخاصة بالسياق لتسهيل الفهم الاجتماعى (Addington& Piskulic, 2010; Aguirre, Sergi& Levy, 2008; Brune, 2005; Green, Olivier, Crawley, Penn& Silverstein, 2005; Piskulic, Addington& Maruff, 2010; Shean& Meyer, 2009). وتشير الأدلة العملية إلى أن قصور الأداء فى مجال من مجالات المعرفة الاجتماعية؛ يؤدى إلى قصور الأداء عبر مدى واسع من مجالات المعرفة

الاجتماعية. بمعنى أن الاضطراب فى مجال معين قد ينسحب إلى مجالات أخــرى (Piskulic et al., 2010).

وبالنسبة لعلاقة المعرفة الاجتماعية بالأعراض النوعية للفصام فقد ارتبطــت الأعراض الإيجابية (مثل الهلاوس، والضلالات) باضطراب المعرفة الاجتماعيــة ومجالاتها المختلفة. وارتبط القصور البسيط أو المتوسط فى الإدراك الاجتمــاعى- وهو أحد أبرز مجالات المعرفة الاجتماعية- بالأعراض البارانويديــة، وجوانــب القصور الشديدة مع أعراض عدم التنظيم وشدة اضــطراب التفكيــر (Nelson, Combs, Penn& Basso, 2007).

ونظراً للأهمية النظرية والتطبيقية لدراسة المعرفة الاجتماعية لدى مرضـــى الفصام، فقد تم تضمينها ضمن الأبحاث التقييمية والتنموية، التابعة للمعهد القــومى للــصحة النفــسية Evaluative and Developmental Research of the National Institute of Mental Health، التابع لمشروع مقــاييس الأبحــاث العلاجية، والتى تهدف إلى تحسين المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وقد قام هذا المشروع بوضع بطارية معرفية تعرف المعرفة الاجتماعية كواحدة من ضمن سبعة جوانب معرفية عصبية منفصلة، تم تقديرها من خلال البطاريــة المعرفيــة التوافقية Consensus Cognitive Battery (MCCB) والتى تعد حاسمة فــى فهم اضطراب الفصام. وعلى الرغم من ذلك لم يعرف هــذا المــشروع المعرفــة الاجتماعية كجانب معرفى منفصل؛ نظراً لعدم وجود تحليل عــاملى مــدعم لهــذا العامل، وغياب المقاييس الصادقة له لدى مرضى الفصام. وتعد المبادرات التابعــة لهذا المشروع وبحوثها العلاجية خطوة مهمة فى تنمية المعرفة الاجتماعيــة لــدى

مرضـــى الفـــصام (Nuechterlein, Barch, Gold, Goldberg, Green& Heaton, 2004). ومن بين التوصيات التى أوصى بها هذا المشروع فـــى عـــام (2006) تعريف الدراسات فى هذا الاتجاه بأهمية ودور المعرفة الاجتماعية لـــدى مرضى الفصام (Hoton& Silverstein, 2008).

- بحـوث ودراسـات تناولـت المعرفـة الاجتماعيـة عمومـاً لـدى مرضى الفصام:

حظيت المعرفة الاجتماعية باهتمام كبير من قبل الباحثين؛ لذلك هدفت كثيـــر من الدراسات إلى التعرف على جوانب القصور فى المعرفـــة الاجتماعيـــة لـــدى مرضى الفصام وتصنيفاته الفرعية، بالإضافة إلى دراسة الفروق بين الجنسين فـــى المعرفة الاجتماعية بوجه عام ومجالاتها الفرعية المختلفة بوجه خاص، والكـــشف عن علاقة المعرفة الاجتماعية بالكفاءة الاجتماعية. وقد بذلت فى هذا الإطار جهود كثيرة من قبل الباحثين انتهت فى مجملها إلى وجود قصور واضح فـــى المعرفـــة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

أجريت بعض الدراسات لتقدير المعرفة الاجتماعية بوجه عام لـــدى مرضـــى الفصام؛ وذلك بهدف تطوير مقاييس صادقة لقدرات المعرفة الاجتماعية لاكتـــشاف بناء هذه القدرات وانفصالها عن العمليات المعرفية العـــصبية غيـــر الاجتماعيـــة. ولتحقيق هذا الهدف قام ألين وآخرون (Allen et al., 2007) بتطبيـــق مقيـــاس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين على (169) ذكراً من مرضى الفصام المقيمين فـــى إحدى الوحدات العلاجية والبحثية لاضطراب الفصام، وكان متوسط أعمارهم (36) عاماً، وكان متوسط العمر عند بداية المرض (23) عاماً، ومتوسط سنوات التعلـــيم

(12) عاماً. وقد تم استبعاد من يكشفون عن وجود اضطرابات عصبية أو بدنيـــة، واشترط فيهم عدم تناول الكحول والمواد غير المشروعة على الأقل فى الفترة التى تسبق عملية التقييم، وتقدر بثلاثة أشهر على الأقل. واستخدم مقياس وكسلر المعدل لدى عينة معيارية. وقد خضعت نتائج الاختبار لإجراء التحليل العاملى التوكيدى[1] وذلك لاكتشاف ما إذا كانت المقاييس الفرعية لاختبار الذكاء تتضمن مكوناً معرفياً سوف يشكل عاملاً متميزاً للمعرفة الاجتماعية. واستخدم التحليل العـــاملى لتقيـــيم نماذج متنوعة تفترض وجود عاملاً للمعرفة الاجتماعية، كما اســـتخدمت النـــسخة الممتدة من مقياس التقدير النفسى المختصر Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). وتم حساب درجات الوظائف الاجتماعية عن طريق الجمع بـــين بنـــود الكفاءة الاجتماعية، وبنود فقد الوظائف من مقياس التقدير النفسى المختصر. وقـــد أكدت النتائج وجود نموذج للعوامل الأربعة، والذى اشتمل على عامـــل المعرفـــة الاجتماعية، بالإضافة إلى الجوانب الأكثر شيوعاً مثل الفهـــم اللفظـــى، والتنظـــيم الإدراكى، وعامل الذاكرة العاملة. وقد اشتمل عامل المعرفـــة الاجتماعيـــة علـــى اختبارين فرعيين هما ترتيب الصور وتكميل الصور. وتمدنا النتائج بتدعيم لصدق عامل المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

وفى دراسة قام فيها شين وماير (Shean& Meyer, 2009) ببحث العلاقـــة بين اضطراب الفصام والعجز فى المعرفة الاجتماعية، على مجموعة مكونة مـــن (54) من مرضى الفصام (25 ذكراً، 29 أنثى). وطلب من المبحوثين تكملة تقدير الأعراض من خلال تطبيق اختبار التقدير النفسى المختصر ثم تطبيـــق الاختبـــار

---

(1) Confirmatory Factor Analysis .

الفرعى للقراءة من خـــلال اختبـــار الإنجـــاز واســـع النطـــاق Wide Range Achievement Test- (WRAT– 111) ويتضمن هذا الاختبار (42) كلمـــة تتزايد تدريجياً فى مستوى الصعوبة، وطلب من المبحوثين إبداء أكبر عـــدد مـــن معانى الكلمات، ويمدنا هذا الاختبار بتقييم المستوى الراهن للـــذكاء. وقـــد قيـــست وظائف المعرفة الاجتماعية من خلال السرد الذى يصف ترتيب المريض للكروت باستخدام اختبار ترتيب الصور، وهو اختبار فرعى من اختبـــار وكـــسلر لـــذكاء الراشدين النسخة المعدلة. وقد أشار التحليل العاملى التأكيدى إلـــى أن الأداء علـــى اختبار ترتيب الصور يعد مؤشراً لقدرات المعرفة الاجتماعية، والذى يعـــد جـــزءاً منفصلاً عن الذكاء العام. ويتكون هذا الاختبار الفرعى من (10) مجموعات مـــن البطاقات تتضمن مجموعة من الشخصيات التى يؤدى ترتيبها ترتيباً منطقياً إلى نقل قصة متماسكة، وتسمح درجات المبحوثين على القصص اللفظية بتحليـــل المعنـــى الموقفى والارتباطى والاجتماعى الذى يعطى ســـيناريو لكـــروت القـــصة. وتعـــد القصص تصنيفاً لعدد من الموضوعات المعيارية، وعدد مـــن الكلمـــات، ويعبـــر الترتيب الذى يقوم به المبحوث عن التماسك، ويعرف بأنه الدرجة التى تقـــدم بهـــا القصة بشكل واضح ومفهوم بدلاً من الخلط، وعزو الانفعالات، ومعقوليـــة عـــزو النوايا[1] أى المعقولية فى تفسير نوايا الشخصيات الواردة فى سياق قصة معينة.

وفى حين سعت الدراسات السابقة إلى تقدير المعرفة الاجتماعية بوجه عام، قامت بعض الدراسات بتقدير المعرفة الاجتماعية ومكوناتها الفرعية مثل الذكاء الاجتمـــاعى ونظرية العقل، وفى هذا الصدد قام بيرترانـــد وزملائـــه (Bertrand et al., 2007)

---

(1) Plausibility of attributions of intention

بدراسة للكشف عن جوانب القصور فى المعرفة الاجتماعية لدى المصابين بالنوبة الأولى من مرضى الفصام، مستخدمين فى ذلك تصميم ضبط الحالة والتقييم الشامل، الذى يسمح باستكشاف الأبعاد المختلفة لهذه الظاهرة. وشارك فى هذه الدراسة (36) مريضاً بالفصام فى النوبة الأولى (23 ذكراً، 13 أنثى) وكانوا من المتطوعين فى أحد البرامج التأهيلية للتدخل المبكر للمرضى الذهانيين. وشارك فى الدراسة أيضاً (27) من الأفراد الأسوياء كمجموعة ضابطة (14 ذكراً، 13 أنثى) وهم أيضاً من المتطوعين من خلال قراءة إعلان فى أحد الصحف العامة. وتم استبعاد من لديهم أى تاريخ للإصابة بالمرض النفسى، أو وجود قرابة من الدرجة الأولى بمصابين بالفصام. وتم عمل مضاهاة بين المجموعتين فى العمر والنوع والحالة الاقتصادية الاجتماعية للآباء. وتم عمل تقييم للأعراض الموجبة والسالبة بالنسبة لمجموعة المرضى، كما تم عمل تقييم نفسى عصبى لجميع المبحوثين من خلال النسخة المختصرة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين. وتم تطبيق مقياس وكسلر للذاكرة، واختبار للانتباه، واختبار للسرعة النفسية الحركية. وتم تطبيق اختبار مهمة التلميح لتقدير نظرية العقل، واختبار العوامل الأربعة لتقدير الذكاء الاجتماعى. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجموعتين فى اختبارات المعرفة الاجتماعية؛ حيث انخفض أداء المجموعة المرضية عن أداء المجموعة الضابطة من الأسوياء على اختبار العوامل الأربعة للذكاء الاجتماعى.

وقد انتهت دراسة بيرتراند وآخرون أيضاً إلى انخفاض أداء المجموعة المرضية عن أداء المجموعة الضابطة من الأسوياء فى مهام نظرية العقل. وقد اتفقت هذه النتائج مع عديد من الدراسات، من بينها دراسة شونج وكيتل وكوتور

وبيسكوليك وزملائهم (Chung ,Kang, Shin,Yoo& Kwon, 2008; Kettle, O'Brien-Simpson& Allen, 2008; Couture, Penn, Addington, Woods&Perkins, 2008; Abdel-hamid et al., 2009; Piskulic et al, ., 2013)Pantelis& Bora2010;

وفى هذا الإطار قام كوتور وزملاؤه (Couture et al., 2008) بالتعامل مع مجموعتين من المرضى: هما مجموعة الاستهداف العالى للذهان وعددهم (88) مريضاً، بالإضافة إلى (26) من ذوى اضطراب الطيف الفصامى المبكر[1] (أى الإصابة بالاضطراب منذ أقل من خمس سنوات) وتم اختيار مجموعة ضابطة غير إكلينيكية من الأسوياء عددها (41) فرداً، وتنخفض نسبة الإناث مقارنة بالذكور لدى هاتين المجموعتين الأخيرتين. وتم الحصول على موافقة المبحوثين للمشاركة فى إجراءات الدراسة؛ حيث اشترط أن يكون المبحوثون فى هذه الدراسة من المتطوعين، وتم استبعاد المبحوثين الذين يستوفون محكات الاعتماد على المواد، أو حدوث إصابة سابقة فى المخ، أو الحصول على نسبة ذكاء (70) فأقل، والتى تم تقديرها باستخدام اختبار وكسلر للذكاء. ويشترط فى المجموعة الضابطة عدم استيفائهم للمحكات التشخيصية للاضطرابات النفسية، ويشترط ألا يكونوا من أقارب مرضى الفصام، أو من المتوحدين، أو من المصابي بزملة داون، أو أعراض فراجيل. واستخدم اختبارمهام العيون[2] لتقدير قدرات نظرية العقل للراشدين. وتشير النتائج إلى أن مجموعة مرضى الفصام المبكر قد كشفوا عن أداء أكثر

(1) Early in Schizophrenia- spectrum illness (ES).
(2) Eyes Task.

ضعفاً فى مهام نظرية العقل المتقدمة مقارنـــة بالمجموعـــة الإكلينيكيـــة مرتفعـــة الاستهداف والمجموعة الضابطة. وبالنسبة لاختبار العيون وجدت فروق دالة بـــين المجموعات الثلاث؛ حيث كشفت مجموعة الفصام المبكر عن أداء سيئ على اختيار العيون مقارنة بالمجموعتين الأخريين.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه لانجدون وآخرون (Langdon et al., 2008) الذين استخدموا مهمة جديدة للحكم الاجتماعى للمقارنة المباشرة بـــين القواعد الاجتماعية التى تعتمد على الاستدلال ونظرية العقل لدى مرضى الفصام. وسوف نعرض من نتائج الدراسة ما يتعلق بالشق الخاص بالقصور فـــى نظريـــة العقل. وقد توقع الباحثون أن تكون القواعد الاجتماعية سليمة، فـــى حـــين يظهـــر الاضطراب فى نظرية العقل. ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم اختيار (23) مريضاً بالفصام، ومضاهاة هذه العينة بمجموعة من الأسوياء عددها (28) فرداً فى العمـــر والنوع ونسبة الذكاء. وتم تكملة مهمة الحكم الاجتماعى والاختبارات اللفظية وغير اللفظية لنظرية العقل. وكشفت النتائج عن أن المرضى كانوا أكثر اضـــطراباً فـــى مهمتين من مهام نظرية العقل مقارنة بالمجموعة الضابطة. وبالنسبة لمهمة الحكـــم الاجتماعى الذى يتعلق بالأفعال غير المناسبة اجتماعياً- مع الأخذ فـــى الاعتبـــار أفكار الآخرين- فقد كانت هناك صعوبات بالنسبة لمجموعة المرضى فى أن يأخذوا فى اعتبارهم أفكار الآخرين عند الحكم على مدى ملاءمة السلوك، وارتبطت هـــذه الصعوبة بمهام نظرية العقل الكلاسيكية. ونخلص من ذلـــك أن هنـــاك اضـــطراباً واضحاً فى نظرية العقل.

وامتداداً للدراسات التى تتناول المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفـــصام قـــام

بيسكيوليك وآخرون (Piskulic et al, 2010) بمراجعة (301) دراسة نشرت من عام (1995: 2009) والتى تناولت القصور فى المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وذلك من أجل التحديد الكمى لحجم العجز عبر عدة مجالات للمعرفة الاجتماعية، وتم تصنيف هذه الدراسات إلى دراسات مباشرة ودراسات غير مباشرة. وتم الاعتماد فى هذه الدراسة على الدراسات المباشرة من هذه المجموعة وعددها (115) دراسة تناولت المعرفة الاجتماعية بشكل مباشر لدى الفصاميين ولدى المصابين بالنوبة الأولى للذهان. وتم استبعاد بعض الدراسات لأنها لا تستوفى معايير الدراسة ليصبح العدد النهائى للدراسات التى تم تحليلها إلى (98) دراسة. والدراسات التى تم تناولها فى التحليل قامت ببحث وظائف المعرفة الاجتماعية خلال مراحل مختلفة من الإزمان، باستثناء دراسة واحدة تعاملت مع مرضى الذهان فى النوبة الأولى، بالإضافة لمرضى الفصام، وهناك ثلاث دراسات أخرى تعاملت مع مرضى الذهان فى النوبة الأولى فقط. وتشير نتائج هذه الدراسات بشكل مجمل إلى أن مرضى الفصام مقارنة بالأفراد فى المجموعات الضابطة يبدون قصوراً دالاً فى نظرية العقل، والعمليات الانفعالية الوجهية، والإدراك الاجتماعى، والمعلومات الاجتماعية، والأداء المعرفى الاجتماعى العام، وكان حجم التأثير أكبر فيما يتعلق باضطراب نظرية العقل وعمليات الإدراك الانفعالي الوجهي.

وقد قامت بعض الدراسات ببحث العلاقة بين اضطراب المعرفة الاجتماعية وأعراض الفصام. وفى هذا الصدد قام سيرجى وآخرون (Sergy et al., 2007) بدراسة على مجموعة من (75) من مرضى الفصام المقيمين خارج المستشفى (69

ذكراً، 5 إناث). حيث أشاروا إلى ارتباط الأعراض السلبية بالمستويات الدنيا من التمثيلات العقلية والصعوبات الكبيرة فى تمثيل ووصف النوايا، والانفعالات، والحالات العقلية للآخرين. ومع ذلك فإن الدرجات على تماسك القصة وتفسير نوايا الشخصيات (وهى اختبارات تستخدم فى تقدير المعرفة الاجتماعية) تشير إلى أن الأعراض السلبية ترتبط بشكل دال بالقصور فى القدرة على تنظيم المعلومات عن الأحداث، وفهم نوايا ودوافع الآخرين. ومن المحتمل أن ترتبط جوانب القصور هذه بالقصور المعرفى العصبى العام، ونقص الدافعية بالإضافة للصعوبات فى دقة الإدراك وتمثيل النوايا والحالات العقلية للآخرين. وبالنسبة لأعراض عدم التنظيم فقد ارتبطت سلبياً بنقص التماسك فى سرد القصة، وعدم دقة تفسير النوايا. ويشير باحثو الدراسة إلى أن هذه النتائج يمكن أن تكون مفيدة فى تكييف التدخلات النفسية والاجتماعية إلى صورة الأعراض الغالبة على مرضى الفصام من أجل تحسين جوانب الوظائف المعرفية الاجتماعية.

واتفاقاً مع الدراسات السابقة أشار ألين وزملاؤه (Allen et al., 2007) فى دراسته التى أجراها على (169) ذكراً من مرضى الفصام المقيمين فى إحدى الوحدات العلاجية والبحثية لاضطراب الفصام، إلى ارتباط الأعراض السلبية بالدرجات المنخفضة على جميع المقاييس تقريباً، ويتسق ذلك مع تقارير سابقة تشير إلى ارتباط الأعراض السلبية بالمستويات الدنيا من التمثيلات العقلية والصعوبات الكبيرة فى تمثيل ووصف النوايا والانفعالات والحالات العقلية للآخرين، ومع ذلك فإن الدرجات على تماسك القصة، وتفسير نوايا الشخصيات تشير إلى أن الأعراض السلبية ترتبط بشكل دال بالقصور فى القدرة على تنظيم المعلومات عن الأحداث،

وفهم نوايا ودوافع الآخرين. ومن المحتمل أن ترتبط جوانب القصور هذه بالقصور المعرفى العصبى العام، ونقص الدافعية، بالإضافة للصعوبات فـى دقـة الإدراك، وتمثيل النوايا، والحالات العقلية للآخرين. وأشارت الأبحـاث إلـى أن الوظـائف المعرفية العصبية والمعرفية الاجتماعية والأعراض السلبية هى مفاهيم متميـزة (Sergy et al., 2007). وبالنسبة لأعراض عدم التنظيم فقد ارتبطت سلبياً بنقص التماسك فى سرد القصة، وعدم دقة تفسير النوايا. ويشير باحثو الدراسة إلى أن هذه النتائج يمكن أن تكون مفيدة فى تكييف التدخلات النفسية والاجتماعية إلى صـورة الأعراض الغالبة على مرضى الفصام من أجل تحسين جوانب المعرفة الاجتماعية. ووفقاً لما انتهت إليه دراسة شين وماير فإن هناك علاقة بين الأعـراض الـسلبية وأعراض عدم التنظيم والمعرفة الاجتماعية.

وقد انتهت دراسة شين وماير (Shean& Meyer, 2009) إلى نتائج مؤيـدة لما أفضت إليه الدراسة السابقة؛ حيث أشارا إلى أن مرضى الفصام، وعددهم (54) من مرضى الفصام الذين يتميزون بغلبة الأعراض السلبية يكونون أكثر ضعفاً فى مهام نظرية العقل، ويبدو أن ذلك يرجع للصعوبات فى تمثيـل الحـالات العقليـة للآخرين، بالإضافة إلى العجز فى تمثيل الحالة العقلية لأنفسهم. وترتبط الأعراض السلبية أيضاً بالمستويات المنخضة من التمثيلات الاجتماعية المركبة وفقر القـدرة على الحكم الاجتماعى، وضعف القدرة على الاستثمار الانفعالى[1] وزيادة العجز فى الدور المهنى.

ويتعارض هذا مع ما أشارت إليه منى عبـد الحميـد وزملاؤهـا -Abdel)

---

(1) Emotional investment.

hamid et al., 2009) والتى قامت ببحث ارتباط القصور فــى نظريــة العقــل بأعراض الفصام، وذلك باستخدام نموذج جديد ذى خمس عوامل لمقياس الأعراض الإيجابية والسلبية لاختبار فرض الانتقائية لاضطراب نظرية العقل لدى مرضــى الفصام. وتوقعت الباحثة أن يكون هذا الاضطراب غير انتقائى لدى المرضى ذوى الأعراض السلبية أو أعراض عدم التنظيم، فى حين يحدث القصور الانتقائى فــى نظرية العقل لدى مرضى الفصام ذوى الأعراض الإيجابية. ولتحقيق هذا الهدف تم انتقاء (50) من المرضى المشخصين بالفصام أو الفصام الوجدانى (26 أنثى، 24 ذكراً) وكان متوسط العمر (37) عاماً، ومتوسط العمر عند بدايــة المــرض (28) عاماً، ومتوسط مدة المرض (9) سنوات، ومتوسط سنوات التعليم (11) عاماً، وذلك مقارنة بمجموعة ضابطة من الأسوياء وعددهم (29) فرداً (19 أنثى، 10 ذكــور) وتراوح متوسط العمر (37) عاماً، ومتوسط سنوات التعليم (12) عاماً. ولا توجــد فروق بين المرضى والأسوياء فى العمر أو توزيع النوع. وتم بحث الذكاء السابق والوظائف الاستدلالية ونظرية العقل ومنشأ المرض النفسى. وكشفت نتائج الدراسة عن أن القصور فى نظرية العقل كان انتقائياً، وقد أبدى المرضى أداء ضعيفاً على المهام التى تتضمن الوظائف الاستدلالية ونظرية العقل وذلك باســتخدام النمــوذج الجديد ذو الخمسة عوامل لاختبار الأعراض الإيجابية والسلبية، وقد وجدت الباحثة ارتباطاً دالاً بين جوانب القصور فى نظرية العقل، بالإضافة لعديــد مــن البنــود الفردية لاختبار الأعراض الإيجابية والسلبية، والتى يتضمنها عامل التنظيم وترتبط بالقصور فى نظرية العقل، وإن كانت غالبية الارتباطات تختفى عندما يتم الــتحكم فى الوظائف الاستدلالية، وبدرجة أقل عندما يتم الــتحكم فــى مــستوى الــذكاء. بالإضافة لذلك وجد أن هناك ارتباطاً بين القصور فى نظرية العقل والأعراض التى

تنتمى للمشقة الانفعالية، وهى أحد عوامل اختبار الأعراض الإيجابيـــة والـــسلبية. وتقدم هذه الدراسة دعماً للارتباطات بين نظريـــة العقـــل والأعـــراض الإيجابيـــة وأعراض عدم التنظيم.

وعلى النقيض من ذلك فقد كانت هناك نتائج مخالفة لما تم التوصل إليه فـــى الدراسات السابقة؛ حيث لم تكشف المعرفة الاجتماعية عن أية ارتباطات بمـــستوى الأعراض النفسية الموجبة والسالبة، ومستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى الفصام. وخلص الباحثون إلى أن القصور فى المعرفة الاجتماعية قد ظهر لدى المرضـــى أثناء النوبة الأولى من الفصام، ولم يكن هنـــاك أى ارتبـــاط بـــأعراض الفـــصام (Bertrand et al., 2007).

تعقيب على البحوث والدراسات التى تناولت اضطراب المعرفة الاجتماعيـــة عموماً لدى مرضى الفصام:

بعد الاطلاع على البحوث والدراسات التى اهتمت ببحث المعرفـــة الاجتماعية لدى مرضى الفصام يمكن استخلاص ما يلى:

1- انتهت الدراسات التى تعنى ببحث المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفـــصام بوجود قصور عام لدى هؤلاء المرضى سواء فى المعرفة الاجتماعية بوجـــه عام أو مجالاتها الفرعية، ومن أمثلة هذه الدراسات (e.g. Williams et al., 2004; Green et al., 2005; Penn et al., 2006; Allen et al., 2007; Bertrand et al., 2007; Combs et al., 2008; Horan et al., 2009; Aguirre et al., 2008; Combs et al., 2009; Penn& Roberts, 2009; Shean& Meyer, 2009; Addington& Piskulic,

, Costanzo, Villarreal2010; Piskulic et al, 2010; Achaval,
, 2012; Fiszdon& Bell, 2012; Fanning, Mora& Castro, Douer
,Green& Hopkins, Chow, Senturk, Carter, Jalbrzikowski
, 2012; Gangadhar& Thirthalli, Basavaraju, Mehta2012;
. et al, 2013).Achim et al, 2012; Thompson

2- من بين جوانب القوة التى تحسب لبعض الدراسات تطوير نماذج غير تقليدية مثل استخدام النموذج ذى الخمسة عوامل لتقدير الأعراض المرضية للفصام، وبحث علاقته بالقصور فى نظرية العقل. ومن خلال هذا النموذج الجديد وجد أن القصور فى نظرية العقل كان انتقائياً لدى مرضى الفصام عندما قورن بمجموعة الأسوياء، بعد ما كان القصور فى نظرية العقل طبقاً للنموذج القديم يعد طبيعياً مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكانت الارتباطات بين مجموعة الأعراض والقصور فى نظرية العقل لدى مرضى الفصام غامضة فى عديد من الدراسات. ويرجع ذلك فى جزء منه للاستخدام الواسع للنموذج ذى الثلاثة عوامل لاختبار الأعراض الإيجابية والسلبية، وربما كان ذلك مفرطاً فى التبسيط، ولمحاولة تجنب ذلك تم استخدام النموذج الجديد ذى الخمسة عوامل (Abdel-hamid et al., 2009).

3- بالنسبة للدراسات التى عنيت بتقدير المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام اتجه بعض الباحثين من بينهم (Allen et al., Shean& Meyer, 2009 ;2007) إلى تقدير المعرفة الاجتماعية من خلال بعض الاختبارات الفرعية من مقياس وكسلر، من خلال إجراء التحليل العاملى الذى كشف عن أن

هناك عاملاً للمعرفة الاجتماعية، يتمثل فى اختبار ترتيب الصور وتكميل الصور. وتجدر الإشارة إلى أن هناك نسخة أكثر حداثة من مقياس وكسلر من تلك التى استخدمت فى هاتين الدراستين، والتى كان من الأفضل استخدامها، وخاصة أن النسخة الحديثة تحتوى على بعض الاختبارات الجديدة التى يمكن أن تؤثر فى دقة التحليل العاملى؛ وهذا ما أشار إليه باحثوا الدراسة أنفسهم أثناء تعليقهم الختامى عن المحاذير المنهجية التى وقعت فيها دراساتهم.

4- ومن جوانب القصور الأخرى فى بعض الدراسات التى تسعى لبحث المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، أنه لا يتم تمثيل المعرفة الاجتماعية إلا من خلال متغير واحد وهو الإدراك الانفعالى مثلاً، وهو بذلك لا يمثل المعرفة الاجتماعية بشكل جيد؛ لذلك يجب تضمين مقاييس أخرى للمعرفة الاجتماعية، أو الاكتفاء بدراسة مجال محدد من مجالاتها. ولكن يظل الإدراك الانفعالى من الجوانب شديدة الأهمية وخاصة من حيث علاقتها بالمهارات الاجتماعية (Meyer& Kurtz, 2009; Addington& Piskulic, 2010).

5- ومن بين جوانب القصور المنهجية الأخرى التى تتعلق بعينات الدراسة هو عدم التناسب بين عدد الذكور والإناث فى بعض الدراسات مثل دراسة سيرجى وآخرين (Sergy et al., 2007) التى أجراها على مجموعة من (75) من مرضى الفصام المقيمين خارج المستشفى (69 ذكراً، 5 إناث).

6- وعن علاقة اضطراب المعرفة الاجتماعية وأعراض الفصام، والذى يعد

مؤشراً على الفروق بين مرضى الفصام البارانويدى (وهم يتميزون بغلبة الأعراض الإيجابية) ومرضى الفصام غير البارانويدى (وهم يتميزون بغلبة الأعراض السلبية) كانت هناك نتائج متعارضة؛ حيث كشفت بعض الدراسات عن ارتباط نظرية العقل بالأعراض الإيجابية مثل دراسة عبد الحميد وآخرون (Abdel-hamid et al., 2009). وكشفت دراسات أخرى عن ارتباط نظرية العقل بالأعراض السلبية (Allen et al., 2007; Sergy et al., 2007 Shean& Meyer, 2009). وكشفت دراسات أخرى عن عدم وجود علاقة بين أعراض الفصام واضطراب المعرفة الاجتماعية مثل دراسة بيرتراند وزملائه (Bertrand et al., 2007).

هذا ما يتعلق باضطراب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام والدراسات والبحوث التى تناقش معالم اضطرابها لدى هؤلاء المرضى، وسننتقل فيما يلى لعرض ملامح اضطراب مجالات المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام والدراسات والبحوث المدعمة لذلك.

1- اضطراب الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام:

يشير الباحثون إلى أن هناك خبرات من القصور فى المعرفة الاجتماعية لدى الفصاميين. وتتضمن عمليات المعرفة الاجتماعية كيف يستقبل الفرد المعلومات عن نفسه، وعن الأخرين، وعن المواقف الاجتماعية، وكيف يفسرها، وهذا ما يتعلق بالإدراك الاجتماعى، الذى يعد من بين مجالات المعرفة الاجتماعية التى يعانى مرضى الفصام من ضعفها. وفى هذا الإطار توصل نيلسون وزملاؤه (Nelson et al., 2007) إلى النتائج التالية:

1- وجود قصور عام لدى الفصاميين على مقاييس الإدراك الاجتماعى.

2- كشف الفصاميون عن قصور شديد فى الأداء مقارنة بـأداء (95٪) مـن الجمهور العام. ويؤدى هذا لاقتراح أن هؤلاء الأفراد يحتاجون لنمط من التأهيـل والإصلاح المعرفى؛ لكى يشاركوا ويستفيدوا مـن البـرامج العلاجيـة النفـسية الاجتماعية.

وقد أكد الباحثون على دور الأعراض البارانويدية فى الإدراك الاجتمـاعى؛ حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن المرضى ذوى الفصام البارانويدى قد كشفوا عن مستوى أفضل في الإدراك الاجتماعي والانفعالي، والـذى يحتمـل ارتباطـه بالوظائف النفسية العصبية الخاصة بهؤلاء المرضى، وتحسن وظائفهم المعرفيـة، ووجود أداء قبلى أفضل فى الوظائف الاجتماعية، وذلك مقارنة بذوى الفصام غير البارانويدى (Toomey et al., 2002; Nelson et al., 2007). . وعلى النقيض من ذلك فإن هناك بعض الدراسات أشارت إلى أن كثيراً من المبحوثين الذين يبدون مستويات مختلفة من الأعراض البارانويدية وجد لديهم قصور فى قـدرات الإدراك الاجتمـاعي والإدراك الانفعـالى (Williams, Das, Harris, Liddell, Brammer, Oliveri, 2004).

ويرتبط الإدراك الاجتماعى بعدد من المتغيرات من بينها التحيزات الإدراكية والمعرفية ومشكلات الانتباه البصرى، وإدراك العدائية بالنسبة للمواقف الاجتماعية الغامضة، والتسرع فى اتخاذ القرارات مع قليل من الأدلة، وطول مـدة المـرض، ونمط العلاج (Penn, Addington& Pinkham, 2006; Mueser, Doonan, Penn, Blanchard, Bellack&DeLeon, 1996).

نخلص مما سبق أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح فى الإدراك الاجتماعى، إلا أن تركيز الباحثين لم ينصب بشكل أساسى على بحث معالم اضطراب هذا المفهوم لدى مرضى الفصام، ولكن الاهتمام الأكبر قد توجه نحو دراسة الجانب الانفعالى، وعدم التركيز على الجوانب الأخرى المشكلة للإدراك الاجتماعى بمفهومه الواسع.

البحوث والدراسات التى تناولت اضطراب الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام:

أشار بعض الباحثين إلى أن مرضى الفصام يعانون من بعض جوانب القصور فى الإدراك الاجتماعى (Penn et al., 2002; Sergi& Green, 2002; Toomey et al., 2002). وترتبط جوانب القصور هذه بجوانب القصور المعرفية العصبية (Penn, Spaulding, Reed, Sullivan, Mueser& Hope, 1997; Sergi& Green, 2002). وقد لاحظت الباحثة من خلال الاطلاع على عدد كبير من الدراسات التى تنشر تحت عنوان الإدراك الاجتماعى أنها تتناول مفهوم أقل عمومية وهو مفهوم الإدراك الانفعالى. وقد فرقنا بشكل واضح بين المفهومين، فالإدراك الا جتماعى أعم وأشمل من الإدراك الانفعالى، وتم توضيح ذلك فى موضع سابق.

وفى مجال دراسة الإدراك الاجتماعى قام بين وآخرون (Penn et al., 2002) بدراسة هدفت إلى بحث السياق الاجتماعى لدى الأفراد المصابين بالفصام، وبحث الصدق البيئى للمقاييس المستخدمة فى هذه الدراسة، ولتحقيق هذين الهدفين تم اختيار (35) من مرضى الفصام المقيمين فى وحدة الرعاية المقدمة لذوى

الاضطرابات الحادة فى أحد المستشفيات، وكانوا فى المراحل الأخيرة مــن تفــاقم حالتهم المرضية الحادة. وقد استوفوا محكات الفصام أو الفصام الوجدانى بالاعتماد على المقابلة الإكلينيكية المنظمة. وتكونت المجموعة الضابطة من (46) فرداً مــن المتطوعين من المجتمع ومن إحدى الجامعات. وتم استبعاد من لديهم تــاريخ مــن الإصابات العصبية، وقد تراوح المدى العمرى للمبحوثين بين (18–60) عاماً. وقد طبق على المبحوثين فى المجموعة الإكلينيكية النسخة الموسعة من مقياس التقــدير النفسى المختصر، واستخدم لتقدير السياق الاجتماعى اختبار مخطط تسلسل الإدراك المــنقح The Schema Comprehention Sequencing Test- Revised SCST- R ومهمة جلبــرت وبيلهــام The Gilbert- Pelham Task ومهمــة مضاهاة الجمل The Situation Matching Task. ولتقدير ســلوك المرضــى داخل العنبر تم استخدام اختبار الملاحظة، الذى يقوم به فريق التمريض. وكــشفت النتائج عن أن المجموعة المصابة باضطراب الفصام أو الفصام الوجــدانى كانــت لديها قصوراً فى كل المهام المقاسة، وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة. وقد كشف المرضى أيضاً عن استخدام بسيط للمعلومات الخاصة بالسياق المتاح، سواء بالنسبة للسياق الذى يتم تقديره من خلال الاختبارات، أو السياق الذى تم تقديره فعلياً داخل أجنحة المرضى من خلال الملاحظة. وأشار باحثوا الدراسة إلى أن أداء مرضــى الفصام أو الفصام الوجدانى على مهام الدراسة كان منبئاً نسبياً عــن الأعــراض، ولكنه ارتبط بالوظــائف الاجتماعيــة (Penn et al., 2002; Sergi& Green, 2002; Toomey et al., 2002).

وامتداداً للدراسات التى سعت للكشف عن ملامح القصور فى الإدراك الاجتماعي

دراسة سيرجى وجرين (Sergi& Green, 2002). والتى هدفت لبحث العلاقة بين الإدراك الاجتماعى والعمليات البصرية المبكرة لدى الفصاميين، والكشف عن الفروق بين مرضى الفصام المقيمين خارج المستشفى والأسوياء فى الإدراك الاجتماعى. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار (40) من مرضى الفصام (39 ذكراً، وأنثى واحدة) و (30) من الأسوياء (20 ذكراً، 10 إناث) وكان المرضى من المتطوعين من إحدى العيادات الخارجية، وقد استوفوا معايير اضطراب الفصام من خلال المقابلة الإكلينيكية. وتم اختيار الأسوياء بناءً على عدم وجود أى تاريخ سابق للاضطرابات النفسية. وقام المبحوثون بتكملة مقياس الإدراك الاجتماعى، وتقديرات الأعراض، والإجراءات البصرية السلبية والإيجابية. وقد ارتبط الأداء على الإجراءات البصرية بالأداء على اختبار الإدراك الاجتماعى، وكانت هناك فروقاً دالة بين الفصاميين المقيمين خارج المستشفى، والأسوياء فى الإدراك الاجتماعى؛ حيث كشف مرضى الفصام عن قصور فى الآداء على اختبار الإدراك الاجتماعى مقارنة بالأسوياء، ولكن هذه الفروق أصبحت غير دالة عندما كان التعليم متغيراً منبئاً.

وفى نفس الإطار قام هوانج وآخرون (Huang, Xu& Chan, 2011) بدراسة هدفها بحث عما إذا كان العجز فى المعرفة الاجتماعية من العوامل المحددة لمنبهات التهديد الاجتماعى. وقام الباحثون فى هذه الدراسة باستعراض ومراجعة التراث المنشور فى إدراك التهديد الاجتماعى لدى ثلاث مجموعات هى المجموعة تحت الإكلينيكية[1]، ومجموعة مرضى الفصام، والمجموعة الضابطة من الأسوياء. وقد تم تحليل (20) دراسة. وقد استخدم تحليل التحليل فى معالجة هذه البيانات. وقد

(1) Sub clinical group.

أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين مرضى الفصام ومجموعة الأسوياء فى ظل ظروف التهديد وعدم التهديد، وأن الفروق فى دقة إدراك التهديد الاجتماعى تزيد لدى المجموعات التى تعانى من وجود ضلالات. ولم تكن هناك فروقاً بين المجموعات الثلاث فى الظروف المرتبطة بالتهديد أو عدم التهديد. ووجد أن العمر يرتبط بشكل دال بحجم التأثير. واستنتج أن الاختلاف فى الأداء فى ظروف التهديد وعدم التهديد يعكس عمومية اضطراب الإدراك الاجتماعى وليس خصوصيته لدى مرضى الفصام.

وفى إطار بحث الإدراك الاجتماعى وعلاقته بأنماط الفصام الفرعية قام تومى وأخرون (Toomey et al., 2002) ببحث وتفسير القصور الاجتماعى لدي مرضى الفصام من خلال بحث الإدراك الاجتماعى غير اللفظى وعلاقته بأعراض وأنماط الفصام الفرعية؛ حيث تكونت عينة المرضى من (28) من مرضى الفصام المزمن (11 من مرضى الفصام البارانويدى، 13 من مرضى الفصام غير المميز، 4 من مرضى الفصام الوجدانى) وتكونت العينة الضابطة من (28) فرداً، وهم مكافئين لمرضى الفصام فى النوع (19 ذكراً، 9 إناث) وتم التأكد من عدم وجود أى اضطرابات نفسية لديهم أو لدى أقربائهم من الدرجة الأولى، وتم استبعاد من هم أقل من (55) عاماً فى كلتا المجموعتين، أو من وجد لديهم تاريخ من الاضطرابات العصبية أو التأخر العقلى. وتلقى جميع المبحوثين اختبار الحساسية غير اللفظية كمقياس للإدراك الاجتماعى غير اللفظى. وتم تقييم أعراض المرضى باستخدام مقياس التقدير النفسى المختصر. وأبدى مرضى الفصام أداء سيئاً فى كل مكونات اختبار الحساسية غير اللفظية، فيما عدا مكون الدلالة الصوتية، وربما يرجع ذلك

لانخفاض ثبات هذا المكون، وأبدى المرضى أيضاً مستوىً دالاً من ضعف القــدرة على ترميز الدلالات غير الاجتماعية مقارنة بالمجموعة الضابطة، بالإضافة إلــى تحسن الدقة بشكل دال لدى الأسوياء، عندما تم مدهم بدلالات إضافية، أما المرضى فلم يستطيعوا الاستفادة من زيادة كمية المعلومات. وبالنسبة لمجموعة المرضى فإن الدرجة الكلية على اختبار الحساسية غير اللفظية لم ترتبط بشكل دال بالدرجة على الاختبارات الفرعية للأعراض الإيجابية والسلبية، ولكنها ارتبطت بأعراض عــدم التنظيم. وكان أداء مرضى الفصام البارانويدى أفضل بــشكل دال علــى اختبــار الحساسية غير اللفظية، وذلك مقارنة بمرضى الفصام غير المميز.

ولا يتسق تراث الدراسات السابقة فيما يتعلق بالدرجــة التــى تــرتبط بهــا الأعراض الإيجابية (مثل الهلاوس السمعية والضلالات) بالمعرفة الاجتماعيــة، أو ما يتعلق تحديداً بالإدراك الاجتماعى. فعلى الرغم من القصور البسيط أو المتوسط فى الإدراك الاجتماعى، فقد وجد ارتباطه بالأعراض البارانويدية وجوانب القصور الأكثر شدة مع عدم التنظيم أو شدة اضطراب التفكير (Nelson et al., 2007).

تعقيب على البحوث والدراسات التى تناولت اضــطراب الإدراك الاجتمــاعى لدى مرضى الفصام:

بعد الانتهاء من عرض بعض البحوث والدراسات التى اهتمت ببحث الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام، يمكن التعليق على مجمل هذه الدراسات كما يلى:

1- بالنسبة للدراسات التى اهتمت ببحث الإدراك الاجتماعى لــدى مرضــى الفصام فقد لاحظنا أن أغلب هذه الدراسات، والتى تصدر تحــت عنــوان اضطراب الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام إنما تركز على دراسة

أحد جوانبه وهو الإدراك الانفعالى؛ حيث أن مفهوم الإدراك الاجتمـاعى هو المفهوم الأعم والأشمل. ولكننا قمنا بعرض هـذه الدراسـات وفقـاً للمفهوم الذى تتبناه الدراسة الراهنة؛ وبالتالى نخلص من ذلـك أن هنـاك ندرة فى الدراسات التى تعنى ببحث الجانب الاجتماعى من الإدراك.

2- عدم مراعاة التكافؤ بين مجموعات الدراسة فى بعض المتغيرات التى من شأنها أن تؤثر على نتائج الدراسة مثل دراسة بين وآخرون (Penn et al., 2002) حيث كانت هناك فروقاً بين مجموعتي الدراسة فى بعـض المتغيرات غير المقاسة مثل الحالة الاقتـصادية والاجتماعيـة للأفـراد، ومهارات الوظائف الاستدلالية، والتى يحتمل تأثيرها على النتائج.

3- بالإضافة إلى أن تقسيم العينة إلى أحجام متواضعة فى مجموعات فرعية صغيرة يقلل من دقة نتائجها بشكل دال كما فى دراسة (Toomey et al., 2002; Sergi& Green, 2002) لذلك فإن تاثير النوع بوجـه خـاص يجب أن يتم بحثه مع عينات أكبر.

4- تناولـت بعـض الدراسـات بحـث الأنمـاط الفرعيـة للفـصام مثـل دراسة (Kosmidis, Bozikas, Giannakou, Anezoulaki, Fantie& Karavatos, 2007; Huang et al., 2011). التى تم من خلالها تناول أنواع الفصام مثل: ذوى الضلالات الاضطهادية، ومن لا يعانون من هـذه الضلالات، والاضطراب الفصامى الحاد، ومرضى الفصام البارانويـدى، وغير المميز، والمتبقى. ولم تعنى هذه الدراسات بالكشف عن الفروق بـين هذه الأنماط الفرعية فى المهام التى تعنى الدراسة ببحثها.

5- ومن بين الدراسات القليلة التى تعاملت مع الأنماط الفرعية للفصام دراسة هوانج وآخرين (Huang et al., 2011) والتى تم فيها تقسيم المرضى الذين ضموا فى التحليل إلى مجموعتين هما (مرضى ذوو ضلالات اضطهادية، ومرضى ليس لديهم ضلالات). ولكن لم يتم عرض أى معلومات وصفية للحالة الإكلينيكية للمرضى الذين لا يعانون من وجود ضلالات؛ لذلك فإن هذه النتائج يجب ألا تعمم على أنماط الفصام الأخرى.

2- اضطراب الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام:

يعد الإدراك الانفعالى واحداً من أكثر مجالات المعرفة الاجتماعية أهمية، والتى تناولته الدراسات على أنه أحد جوانب إدراك الدلالات الاجتماعية لدى مرضى الفصام (Meyer& Kurtz, 2009). ويعانى مرضى الفصام من اضطراب واضح فى الإدراك الانفعالى (Penn et al., 2006; Edwards, Jackson& Pattison, 2002; Marsh et al., 2013) . وهناك إشارات إلى أن مرضى الفصام لديهم صعوبة فى الإدراك الانفعالى الوجهى والإدراك الانفعالى الصوتى مقارنة بالأسوياء. ويعد الإدراك الانفعالى من القدرات المعرفية المركبة الذى يعتمد على مجموعة منتقاه من العمليات المعرفية العصبية الأساسية مثل اليقظة (Kee, Kern& Green, 1998; Edward et al., 2002).

وفى هذا الإطار يستطيع الأسوياء الاستخدام الجيد لدلالات الوجه والجسد، فى حين يبدى مرضى الفصام صعوبات كبيرة فى معالجة المعلومات الاجتماعية غير اللفظية، عندما يكون لديهم أنماط متعددة من الدلالات غير اللفظية. وهناك إشارات منذ عام (1973) على يد ميسلمان Meislman إلى أن الفصاميين المزمنين يبدون

قصوراً خاصاً فى معالجة المعلومات غير اللفظية، عندما يكـون هنـاك نمطـان مختلفان من أنماط التنبيه. وتم تأكيد هذه النتائج مـؤخراً مـن خـلال موسـجى وهيرتويج Mussgay& Hertwig اللذين وجدا أن الفصاميين لديهم قصور خاص عندما يقومون بملاحظة منبهات سمعية وبـصرية معـاً فـى اختبـارات اليقظـة (Toomey et al., 2002).

وهناك دلائل على أن مرضى الفصام يكشفون عن قصور متسق فى جـانبى الإدراك الانفعالى وهما التعرف على التعبيرات الانفعالية للآخرين، والتمييز بينها؛ حيث تشير بعض الدراسات إلى أن مرضى الفصام لديهم صـعوبات كبيـرة فـى التعرف على الانفعالات الوجهية الايجابية (Edwards et al., 2002; Toomey et al., 2002; Penn et al., 2006; Nelson et al., 2007). وعلى الجانـب الآخر يعانى مرضى الفصام من اضطراب فى التمييز بين الانفعـالات المختلفـة؛ فعلى الرغم من قدرة مريض الفصام على فك رموز الوجه، إلا أن لديه ضعفاً فـى القدرة على استنتاج الدلالة الانفعالية للتعبيرات الوجهية، وبعض المهام التى ترتبط بعرض المنبهات، والتى تتطلب من المبحوثين الاحتفاظ ببعض المعلومـات لمـدة كافية، حتى يتمكن الفرد من مقارنتها ببعض الاستجابات (Kee et al., 1998).

ويشير بعض الباحثين إلى أن هناك عدداً من المتغيرات التى تعد مهمـة فـى الإدراك الانفعالى، من بينها العوامل السكانية مثل (النوع، والتاريخ السابق للوظائف الاجتماعية) والتشخيص الفرعى (بارانويدى/ غير بارانويدى) والأعراض المرضية (اضطراب التفكير، والأعراض السلبية) والوظائف المعرفيـة (الانتبـاه، وإدراك الصيغ البصرية، الذاكرة المباشرة، بعد الذاكرة/ التعلم، وبعد التجريد/ المرونـة).

وقد قام بعض الباحثين ببحث دور هذه المتغيرات فى التدخلات العلاجية (Kee et al.,1998; Addington& Addington, 1998).

أما ما يتعلق بالتشخيصات الفرعية للفصام فإن هناك نتـائج تـشير إلـى أن مرضى الفصام البارانويدى يتميزون بسلامة الأداء المعرفى، وقـصور اجتمـاعى أقل، وتاريخ سابق أفضل من مرضى الفصام غير البارانويدى. كما أشارت هـذه النتائج إلى أن أداء مرضى الفصام البارانويدى سوف يكون أفـضل علـى مهـام الإدراك الانفعالى، مقارنة بمرضى الفصام غير البارانويدى. ويتسق هذا مـع مـا وجده كلين ولويز وجارفير Kline, Lews& Garver من أن مرضـى الفـصام البارانويدى أكثر دقة مقارنة بمرضى الفصام غير البارانويدى فـى الحكـم علـى التعبيرات الوجهية للانفعالات (Toomey et al., 2002).

وعلى الجانب الأخر فقد استبعد تومى وزمـلاؤه (Toomey et al., 2002) فرض ارتباط الإدراك الانفعالى بالأعراض الإيجابية التى تميز مرضـى الفـصام البارانويدى، أو ارتباطه بالاعراض السلبية التى تميـز مرضـى الفـصام غيـر البارانويدى؛ حيث أشار إلى أن الإدراك الانفعالى لم يرتبط بشكل دال بـالأعراض السلبية أو الإيجابية، ولكنه ارتبط بأعراض عدم التنظيم. وهذا يتسق مع افتراض أن أعراض عدم التنظيم الانفعالى[1] أكثر ارتباطـاً بالمعرفـة الاجتماعيـة، مقارنـة بالأعراض الإيجابية والسلبية الأخرى.

---

(1) Emotional disregulation

نخلص مما سبق إلى أن الإدراك الانفعالى من أكثر مجالات المعرفة الاجتماعية استقطاباً لجهود الباحثين التى تتجه نحو بحث معالم اضطرابه لدى مرضى الفصام، والتى انتهت فى أغلبها إلى وجود اضطراب واضح فى الإدراك الانفعالى لدى هؤلاء المرضى، سواء أكان هذا الاضطراب جزئياً أو كلياً.

- بحوث ودراسات تناولت اضطراب الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام:

يعد الإدراك الانفعالى من أهم مجالات المعرفة الاجتماعية التى يعانى مرضى الفصام من قصور فيها؛ فمنذ أن بدأت دراسات الإدراك الانفعالى لدى الفصاميين منذ أكثر من أربعين عاماً وجد أن الفصاميين لديهم قصور فى قدرتهم على الإدراك والتعرف الانفعالى على التعبيرات الانفعالية الثابتة والمتحركة (Toomy et al., 2002). ومن بين الدراسات التى تشير إلى ملامح القصور الخاصة بالإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام دراسة كى وزملائه(Kee et al., 1998) الذين قاموا ببحث الإدراك الانفعالى والوظائف المعرفية العصبية الأساسية لدى مجموعة من مرضى الفصام المقاومين للعلاج[1]، وعددهم (28) من مرضى الفصام المزمن (18 ذكراً، 10 إناث) وتم استبعاد نتائج أربعة مرضى من النتائج الإجمالية؛ نظراً لارتفاع مستوى الأعراض الذهانية. وتم استخدام اختبار التحديد الانفعالى الوجهى، واختبار التحديد الانفعالى الصوتى Voice identification test واختبار الإدراك الانفعالى بواسطة شريط فيديو Vidiotape affect perception test وتم انتقاء مقاييس الوظائف المعرفية العصبية اعتماداً على العلاقة المفترضة بينها وبين

(1) Treatment- resistant.

مقاييس الإدراك الانفعالى. وتتضمن هذه الاختبارات مقـاييس للعمليـة البـصرية المبكرة والمسح البصرى، واختبار الأداء المتواصل، ومقياس اليقظـة البـصرية، وإعادة الأرقام، والذاكرة العاملة، وتم تطبيق الاختبارات فى يومين منفصلين خلال أسبوع. ومن بين هذه المقاييس وجد أن هناك علاقة قويـة بـين اختبـار سـعة الفهمSpan of apprehension وهو اختبار يتم تطبيقه من خلال الحاسب الآلـى، وهو يعتمد على المعاجة البصرية المبكرة، والمسح البصرى فى أسرع وقت ممكن، والأداء على كل مهام الإدراك الانفعالى. أما عن علاقة المقياسين الأخيرين للمعرفة العصبية بمقاييس الإدراك الانفعالى فإنها كانت فى نفس الاتجاه ولكن بدلالة أقـل؛ حيث تشير النتائج إلى أن اختبارات اليقظة البصرية، والذاكرة العاملة المباشـرة أو اللفظية لا ترتبط بقوة مع الأداء على مقاييس الإدراك الانفعالى. وتشير هذه النتائج إلى أهمية العملية الإدراكية المبكرة وتأثيرها على قدرة المـريض علـى الإدراك الانفعالى. وتجدر الإشارة هنا إلى أن الإدراك الانفعالى يعد متغيراً وسيطاً يقع على الطريق الذى يصل بين قدرات المعرفـة العامـة الأساسـية والأداء الاجتمـاعى والتكيفى.

وفى إطار دراسة الإدراك الانفعالى وعلاقته بأعراض الفـصام قـام سـيلفر وشلومو (Silver& Shlomo., 2001) ببحث الإدراك الانفعالى الـوجهى لـدى مرضى الفصام المزمن وارتباطه بالأعراض السلبية والاضطراب الحركى ولـيس بالأعراض الإيجابية. وأشار الباحثان إلى أن التعبيـر الملائـم عـن الانفعـالات والإدراك الصحيح للتعبير الانفعالى للآخرين من المهارات الاجتماعية المهمة التى تضطرب لدى مرضى الفصام، وتعزى لضعف الحكـم الاجتمـاعى؛ حيـث قـام

الباحثان بالكشف عن العلاقة بين التعبير عن الانفعالات المقاسة من خلال بعض الأعراض السلبية وإدراكات المرضى، وتم مقارنة إدراك الانفعالات الوجهية مع بعض الجوانب المعرفية. ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم اختيار (36) مريضاً بالفصام المزمن، وتم تقدير الإدراك الانفعالى الوجهى والوظائف المعرفية العامة، وتم تقدير الأعراض الإكلينيكية والأعراض الحركية. وكشفت النتائج عن عدم ارتباط الأعراض السلبية باختبارات تحديد وتمييز الانفعالات. وخلصت الدراسة إلى أن القدرة على تحديد التعبيرات الانفعالية الوجهية لا ترتبط بالأعراض السلبية لدى مرضى الفصام المزمن.

هذا وتقترح بعض الدراسات وجود أنماط من القصور فى مجالات الأداء على مقاييس الإدراك الانفعالى. وفى هذا الصدد قام نيلسون وآخرون (Nelson et al., 2007) باختيار عينة مكونة من (100) مريض بالفصام (72 ذكراً، 28 أنثى) من المتطوعين من أربعة مستشفيات مختلفة، وكانت هناك مجموعة ضابطة من الأسوياء، وهى مكافئة لمجموعة المرضى. وشخص المبحوثون باضطراب الفصام باستخدام المقابلة الإكلينيكية المنظمة، وتم استبعاد من يكشفون عن محكات الاعتماد على المواد النفسية فى الثلاثة أشهر الأخيرة قبل إجراء الدراسة، واستبعد أيضاً من لديهم أى اضطرابات عصبية بخلاف الفصام. وتم بحث الإدراك الانفعالى باستخدام اختبار تحديد انفعالات الوجه The Face Emotion Identification Test (FEIT)، وتم بحث إدراك الوجه باستخدام اختبار الإدراك الوجهى أو التعرف الوجهى The Test of Facial Recognition وتم تقدير الإدراك البصرى العام باستخدام مهمة تمييز الصيغ البصرية The Visual Form Discrimination.

Task وكشفت النتائج عن أن كلتا المجموعتين قد أظهرت قصوراً فى الأداء عبر المقاييس الثلاثة، عندما تمت مقارنتها بالبيانـــات المعياريـــة. ويبـــدو أن الإدراك الانفعالى كان منخفضاً ليس فقط بالنسبة لكلا النمطين الفرعيين مـــن الانفعـــالات (الانفعالات الإيجابية والسلبية على السواء) ولكن أظهرت كلتا المجموعتين أيـــضاً قصوراً فى الإدراك العام والوجهى على السواء. ويبدو أن هذه النتائج تدعم وجود نموذج القصور العام عبر المهام الاجتماعية والإدراكية العامة لدى مرضى الفصام.

وقد قام بيهير وزملاؤه (Beher et al., 2011) بدراسة على مجموعة مـــن مرضى الفصام ذوى أعراض المرتبة الأولى[1] (ن= 63) ومجموعة من مرضـــى الفصام ممن لا يعانون من أعراض المرتبة الأولى (ن= 37) ومجموعة ضـــابطة من الأسوياء (ن= 45) وهم مكافئون لهم فى العمر والنوع ومستوى التعليم. وتـــم تقدير الإدراك الانفعالى باستخدام آداة لتقدير إدراك الانفعالات فـــى الاضـــطرابات النفسية العصبية، والتى عرف عنها ثقافياً أنها حساسة وصادقة، والتـــى تتـــضمن منبهات ثابتة ومتحركة، وهى عبارة عن صور لانفعالات غير مثيرة للتهديد مثـــل انفعالات (السعادة، والحزن، والانفعالات المحايدة) وصور لانفعالات مثيرة للتهديد وهى (الخوف، والغضب، والاشمئزاز). وافترض باحثوا الدراسة أن المرضى ذوى أعراض المرتبة الأولى سيدركون الانفعالات غير المثيرة للتهديد على أنها مثيـــرة للتهديد، والعكس بالنسبة للمرضى الذين لا يعانون من أعراض المرتبـــة الأولـــى. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود قصور فى الإدراك الانفعـــالى الـــوجهى لـــدى مرضى الفصام بوجه عام. ومن النتائج الجديدة فى هذه الدراسة أن هنـــاك نمطـــاً

(1) First rank symptoms.

متمايزاً من القصور فى الإدراك الانفعالى لدى أنماط الفصام المختلفة؛ فمرضى أعراض المرتبة الأولى يدركون الانفعالات غير المثيرة للتهديد على أنها انفعالات مثيرة للتهديد؛ حيث أن القصور فى إدراك الانفعالات السلبية من الامور التى تميز مرضى الفصام.

ومن الأمور الخلافية بين الباحثين الجدل بشأن الطبيعة الدقيقة لمعالجة المعلومات الانفعالية، بمعنى آخر هل القصور فى الإدراك الانفعالى الذى يبديه مرضى الفصام قصوراً خاصاً فى تحديد الانفعالات فقط، أم أنه قصوراً عاماً عبر المهام الإدراكية المختلفة. وللإجابة على هذا التساؤل فمن المهم تحديد نمط الإدراك لتحديد نمط القصور الموجود.

وفى هذا الإطار توصلت كثير من الدراسات إلى تدعيم فرض عمومية القصور، وكشفت عن وجود قصور عام عبر المهام الإدراكية والاجتماعية لدى مرضى الفصام. ومن بين هذه الدراسات دراسة كير ونيل Kerr& Neal (1993)، وموسور وآخرين Mueser (1996)، وسالم وآخرين Salem (1996)، وأدينجتون وأدينجتون Addington& Adington (1998)، وكوهلر وآخرين Kohler (2000)، وبودوين وآخرين Boudouin (2002)، وهوكر وبارك Hooker& park (2002). ومعظم هؤلاء الباحثون استخدموا اختبار بنتون للتعرف الوجهى[1] لتقدير مشكلات التعرف الوجهى باعتبارها من العوامل التى تسهم فى حدوث جوانب القصور الإدراكى التى تتصل بالانفعال. وقرروا عمومية القصور فى الإدراك الانفعالى، بمجرد وجود قصور فى التعرف الوجهى.

(1) Bentons facial recognition test .

وهناك دراسات أخرى قد أكدت هذه النتائج مثل دراسة نيلسون وزملائه (Nelson et al., 2007) التى كشفت عن انخفاض الإدراك الانفعالى ليس فقط بالنسبة لكلا النمطين الفرعيين من الانفعالات (الانفعالات الإيجابية والسلبية على السواء) ولكن أيضاً أظهر مرضى الفصام قصوراً فى الإدراك العام والوجهى على السواء.

ومن بين الدراسات التى تدعم فرض عمومية القصور فى الإدراك الانفعالى دراسة هوانج وزملاؤه (Huang et al., 2011). الذين قاموا باستعراض ومراجعة التراث المنشور فى إدراك التهديد الاجتماعى لدى (20) دراسة تهتم بالتعامل مع ثلاث مجموعات هى: مجموعة مرضى الفصام (ذوى الضلالات الاضطهادية، ومن لا يعانون من هذه الضلالات) وما يسمى المجموعة تحت الإكلينيكية[1] ومجموعة الأسوياء. وكشفت المراجعة عن وجود فروق دالة فى الاستجابة للمنبهات الانفعالية الإيجابية (غير المثيرة للتهديد) بين مرضى الفصام والأسوياء. وثمة تفسير لهذه النتائج يتمثل فى أن التهديد الاجتماعى يتطلب من المبحوثين أن يدركوا أكثر مما يعبروا عن الاستجابة الانفعالية. ويمكن من ذلك استنتاج أن مرضى الفصام لديهم قصور معرفي عام فى إدراك التهديد الاجتماعى، ويستطيعون أن يقدموا استجابات متنوعة للصور الانفعالية الإيجابية والسلبية (Huang et al., 2011).

وفى المقابل هناك عدد من الدراسات التى تدعم فرض القصور الجزئى مثل دراستى بول وآخرين (2000) وإدوارد وآخرين (Edwards et al., 2002) التى وجدت أن العجز يقتصر على التعبيرات الانفعالية الوجهية، وذلك فى ظل سلامة التعرف الوجهى. ومن بين الدراسات المؤيدة لفرض القصور الجزئى دراسة

---

(1) Sub clinical groubs.

كوسميدس وآخرون (Kosmidis et al., 2007). الذين قاموا باختيار عينة مكونة من (37) مريضاً بالفصام (23 ذكراً، 14 أنثى) بمتوسط عمرى (35) عاماً، ومتوسط سنوات التعليم (11) عاماً. وتم الحصول على موافقتهم على إجراء الدراسة، ومتوسط مدة إقامتهم فى المستشفى (11) عاماً، وتم استبعاد من لديهم أى تاريخ للاضطرابات العصبية أو الارتقائية، وحدوث أى إصابة فى الرأس ترتب عليها فقدان الوعى أكثر من عشر دقائق، كما استبعد الاعتماد على المواد المخدرة فى الشهور الست الأخيرة، وكان هؤلاء المرضى من ذوى الاضطراب الفصامى الحاد، ومرضى الفصام البارانويدى وغير المميز والمتبقى. وبالنسبة للمجموعة الضابطة فقد شملت (32) فرداً (23 ذكراً، 9 إناث) بمتوسط عمرى (36) عاماً، ومتوسط سنوات التعليم (10) سنوات، وتم التعامل مع محكات الاستبعاد التى تم التعامل بها فى مجموعة المرضى، بالإضافة لاستبعاد من لديهم أى تاريخ للاضطرابات النفسية. وتم مضاهاة المجموعتين بالنسبة للعمر ونسبة الذكور إلى الإناث ومستوى التعليم. وتم استخدام ثلاثة اختبارات عن طريق الكمبيوتر هى مضاهاة هوية الوجهMatching facial identity ومضاهاة التعبيرات الوجهية الانفعاليةMatching facial emotional expressions وتمييز الفروق الدقيقة فى التكافؤ فى التعبيرات الانفعالية الوجهية Discrimination of subtle difference in the valence of facial emotional expressions. وكشفت نتائج الدراسة عن تدعيم فرض القصور الجزئى، حيث وجد قصور فى مضاهاة التعبيرات الانفعالية لدى مرضى الفصام، وهذا القصور لم يكن واضحاً فى المهام التى تعتمد على إدراك هوية الوجوه. ويبدو أن ذلك يرجع للصعوبة فى إدراك مفهوم أو معنى الانفعال.

تعقيب على البحوث والدراسات التى تناولت الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام:

بعد الانتهاء من عرض البحوث والدراسات التى تعنى ببحث الإدراك الانفعالى وعلاقته بأعراض الفصام، وبحث بعض القضايا التى تتعلق بطبيعة القصور الذى يعانى منه هؤلاء المرضى، يمكن الإشارة إلى ما يلى:

1- انتهت البحوث والدراسات التى عنيت ببحث الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام بوجه عام إلى وجود قصور واضح فى الإدراك الانفعالى لدى هؤلاء المرضى. سواء كان هذا القصور قصوراً جزئياً أو قصوراً عاماً (Mueser et al., 1996; Kee et al., 1998; Silver& Shlomo., 2001; Edwards et al., 2002; Nelson et al., 2007; Kosmidis et al., 2007; Combs et al., 2008; Russell et al., 2008; Huang et al., 2011). وتتميز هذه الفئة من الدراسات بالقيام ببحث الإدراك الانفعالى من شتى جوانبه مما يعطى فى النهاية خريطة معرفية جيدة لطبيعة الاضطراب لدى هؤلاء المرضى؛ ومن ثم إمكانية تقديم خطط علاجية تركز على ما تم بحثه من قصور فى هذه الدراسات.

2- هناك ملاحظات منهجية تتعلق بأن أغلب الدراسات التى استخدمت تقييم التعبيرات الوجهية لدى الفصاميين لم تكن ممثلة للتفاعلات فى الحياه الواقعية وذلك لسببيين أولهما: أن هذه المقاييس ما زالت تستخدم الصور الفوتوغرافية، والتى لا تماثل الانتقال السريع فى الحياه اليومية، والثانى اقتصار الدلالات غير اللفظية على الوجه فقط، وهذا يعد من الامور غير الواقعية؛ نظراً لأن الوجه يعد واحداً من الدلالات غير اللفظية التى تسير جنباً إلى جنب مع دلالات أخرى مثل نبرة الصوت

والايماءات. وهناك عدد قليل من الدراسات التى تتناول هذه الدلالات (Toomey et al ., 2002)

3- سعت بعض دراسات الإدراك الانفعالى إلى الكشف عن العلاقة بين الوظائف المعرفية الأساسية والإدراك الانفعالى. إلا أنه من بين هذه الدراسات من استخدم مقياساً واحداً لتقدير الوظائف المعرفية العامة، وبالتالى لم يكن ممثلاً للقصور فى الأنماط الأخرى للمهام المعرفية العامة مثل دراسة (Nelson et al., 2007) فى حين استخدمت دراسات أخرى بطارية معرفية متكاملة لتقدير الوظائف المعرفية ومعرفة علاقتها بالإدراك الانفعالى مثل دراسة (Kee et al., 1998).

4- قام بعض الباحثين بتطبيق الاختبارات فى يومين منفصلين خلال أسبوع، وبالتالى يحتمل أن يتأثر أداء المبحوثين بتغير الحالة الإكلينيكية فى المرة الأولى عن الثانية، وخاصة فى ظل عدم وجود مجموعة للمقارنة، ولوحظ ذلك فى دراسة كى وزملاؤه (Kee et al., 1998).

5- تناولت بعض الدراسات بحث الأنماط الفرعية للفصام مثل دراسة(Kosmidis et al., 2007; Huang et al., 2011) الذين تناولوا انماطاً للفصام مثل: ذوى الضلالات الاضطهادية، ومن لا يعانون من هذه الضلالات، والاضطراب الفصامى الحاد، ومرضى الفصام البارانويدى، وغير المميز، والمتبقى. ولم تعنى هذه الدراسات بالكشف عن الفروق بين هذه الأنماط الفرعية فى المهام التى تعنى الدراسة ببحثها.

3- اضطراب أسلوب العزو لدى مرضى الفصام:

إذا انتقلنا لدراسة أسلوب العزو لدى مرضى الذهان بوجه عام ومرضى الفصام بوجه خاص، نجد أن أسلوب العزو تم تناوله فى علاقته بالأعراض الاكتئابية من خلال مدى واسع من الدراسات، وكانت هناك نتائج متناقضة. أما فيما يتعلق بالدراسات التى تتناول أسلوب العزو لدى مرضى الذهان فتنصب على التركيز على العلاقة بين ضلالات الاضطهاد، والمبالغة فى استخدام أسلوب التحيز الذاتى. وأن هناك علاقة بين ضلالات الاضطهاد والعزو الداخلى، والتى تفسر بأنها عامل مدعم لافتراض أن الضلالات تعكس أسلوب العزو، الذى يحمى الأفراد من انخفاض تقدير الذات. وتشير نتائج كثير من الدراسات إلى أن هناك علاقة بين الأعراض الاكتئابية، وعدم الوعى بالاضطراب، والعزو الداخلى لدى مرضى الذهان (Fraguas et al., 2008).

وتعد دراسة فراجواز وآخرين (Fraguas et al., 2008) هى أول دراسة تقوم مباشرة بمقارنة العلاقة بين جوانب الأعراض، وعدم الوعى بالاضطراب، وأسلوب العزو لدى المرضى الذهانيين. وكشفت النتائج عن أن متغير عدم الراحة الانفعالية[1] والأعراض المعرفية هى الجوانب الوحيدة من الأعراض التى ترتبط بالعزو الداخلى، وبشكل أكثر تحديداً فقد وجد أن المستويات المرتفعة من الاكتئاب والقصور المعرفى الشديد يرتبط بشكل سلبى بالعزو الداخلى. ونخلص من ذلك أن عدم الراحة الانفعالية والأعراض المعرفية ترتبط بالعزو الداخلى (أى الميل إلى الإفراط فى عزو الأحداث الإيجابية لأسباب خارجية والأحداث السلبية لأحداث داخلية).

---

(1) Emotional Discomfort.

ولم يكن هناك أى تدعيم للعلاقة بين العزو الداخلى وعدم الوعى بالاضطراب، ويتسق هذا مع دراسة دونوهو وأخرين Donohoe et al (2004) والتى كشفت عن وجود ارتباط سلبى بين الاستبصار والعزو الصحي. وأشار لانجدون وآخرون (Langdon, Connaughton& Polito, 2008) إلى أن هناك علاقة بين الاستبصار الجيد والمستويات المنخفضة من العزو المعمم للأحداث السلبية. ونلاحظ أن هناك اختلافاً فى نتائج هذه الدراسات؛ نظراً لتنوع المقاييس المستخدمة فى التقدير فى هذه الدراسات، بالإضافة إلى أن مفهوم الاستبصار من المفاهيم المركبة ومتعددة الجوانب (Fraguas et al., 2008).

وبالنسبة لمرضى الفصام تحديداً فهناك عدد من الدراسات، التى تبحث فى عزو الحالة العقلية[1] للآخرين قد كشفت عن أن الحالة العقلية تضطرب لدى كثير من مرضى الفصام وليس جميعهم (Brune, 2005). وهناك إشارات إلى أن طول مدة المرض لدى مرضى الفصام تنعكس فى الأداء على مهام التمثيل العقلى، ومجال المعرفة غير الاجتماعية، وخاصة الوظائف الاستدلالية والذكاء، التى تمثل النتائج الواقعية لعزو الحالة العقلية (Lee, Farrow, Spence& Woodruff, 2004).

وتشير كثير من الدراسات إلى أن المستوى الضعيف من وظائف المعرفة الاجتماعية، والمستوى المنخفض من الذكاء يؤثران سلبياً على عزو الحالة العقلية لدى مرضى الفصام، على الرغم من أن هناك مرضى قادرين على تعويض القصور فى عزو الحالة العقلية، باستخدام المنطق القياسى، أو حتى القيام بأداء مماثل للمجموعة الضابطة، إذا أخذ معدل الذكاء اللفظى فى الاعتبار (Brune et

(1) Attribution of mental status

.al., 2007)

وبالنسبة لتأثير مضادات الذهان على قدرات عزو الحالة العقلية لدى مرضى الفصام، فقد كشفت بعض الدراسات عن عدم وجود تأثير دال للعلاج الدوائى على الأداء الخاص بالمرضى، الذى يتضمن عزو الحالة العقلية. وهناك دراسات طولية حديثة قام بها مزراهى Mezrahi وزملاؤه كشفت عن تحسن فى عزو الحالة العقلية (التمثيل العقلى) لدى المرضى فى النوبة الأولى بعد ستة أسابيع من العلاج، مقارنة بخط الأساس (Harrington, 2005).

وبالنسبة لعلاقة أسلوب العزو بالأعراض النوعية للفصام، فهناك تعارض بين نتائج الدراسات فى هذا الصدد، فهناك بعض الدراسات التى تشير إلى ارتباط الأعراض الإيجابية والسلبية بأسلوب العزو. وهناك بعض الدراسات التى لا تدعم وجود هذه الرابطة (المرجع السابق).

وفى هذا الإطار افترض بعض الباحثين وجود علاقة بين الأعراض السلبية لمرضى الفصام، وقدرة المرضى على التأمل فى الحالة العقلية الخاصة بهم وبالآخرين، فإذا كان المريض على غير وعي بكيف تترجم نواياه إلى سلوك فعلى؛ فإن ذلك سيؤدى إلى قصور ذاتي للحالة العقلية، ويحتمل أن يؤدى ذلك إلى أعراض سلبية وأعراض عدم التنظيم (Brune et al., 2007)، ويكون المرضى الذين يعانون من هذه الأعراض أكثر تضرراً من مرضى الفصام البارانويدى (Harrington, 2005). ويرى برون وآخرون (Brune et al., 2007) أن نقص المرونة المعرفية لتعديل حكم الفرد عن نواياه عن الآخرين من الممكن أن يزيد من احتمال صدور المعتقدات الضلالية الخاصة بالإشارة أو بالاضطهاد.

بحوث ودراسات تناولت أسلوب العزو لدى مرضى الفصام:

إن البحث فى أسلوب العزو يكشف عن أن مرضى الفصام لديهم قصور فى قدرتهم وكفاءتهم فى معرفة معتقداتهم ومعارفهم ونواياهم، وأيضاً معتقدات ومعارف ونوايا الآخرين. وفى هذا الصدد اهتم فراجسواز وآخرون (Fraguas et al., 2008) فى دراسته بتقييم العلاقة بين الأعراض المرضية والوعى بالاضطراب وأسلوب العزو لدى مرضى الفصام، وذلك طبقاً لنتائج كل من دونوهو Donohoe وزملائه (2004) وجولى Jolly وآخرون (2006) وتم الحصول على موافقة (56) مريضاً بالفصام لملأ الاستبيانات الخاصة بالأعراض والوعى بالاضطراب وعزو الأحداث الإيجابية لأسباب داخلية (تحيز العزو الذاتى)(1). وتم تكملة الاختبارات بنجاح لدى (44) مريضاً (31 ذكراً، 13 أنثى) تتراوح أعمارهم بين (18–62) عاما. وتم استخدام مقياسا الأعراض الإيجابية والسلبية، ومقياس تقدير عدم الوعى بالاضطراب العقلى Scale to assess unawareness of mental disorders (SUMD)؛ حيث تم تقدير الوعى على متصل ذى خمس نقاط يبدأ بالوعى الكامل، ويصل إلى الانعدام الشديد للوعى، وتم تطبيق مقياس أسلوب العزو، وفيه طلب من المبحوثين اختيار درجة من ضمن سبع درجات على متصل لتقدير ستة من أحداث الحياه السلبية المفترضة، وستة من أحداث الحياه الإيجابية المفترضة. وتم تفسير هذه الأحداث وفقاً لعوامل (داخلية/ خارجية، أو عامة/ خاصة، أو مستقرة/ غير مستقرة). وتم تحليل النتائج باستخدام الإحصاءات اللابارامترية؛ نظراً لصغر حجم العينة. وأظهرت النتائج أن عدم الراحة

---

(1) Self- serving bias (SSB).

الانفعالية[1] ارتبطت بشكل مباشر بالأعراض الإيجابية الاكتئابية، وارتبطت الأعراض المعرفية بشكل دال بالعزو الداخلى (أى الميل إلى عزو الأحداث الإيجابية إلى أسباب خارجية، وعزو الأحداث السلبية لأسباب داخلية) وقد فسرت عدم الراحة الانفعالية نسبة (23٪) من التباين فى اختبار العزو الداخلى، فى حين أسهمت الأعراض المعرفية بنسبة (10٪) من هذا التباين. ولم تكن هناك علاقة دالة بين الوعى بالاضطراب والعزو الداخلى. وكشفت هذه النتائج عن أن العزو الداخلى يرتبط بشكل كبير بالأعراض الاكتئابية. فى حين تشير دراسات أخرى إلى أن أعراض عدم التنظيم ترتبط بفشل الفرد فى أن يأخذ فى اعتباره نوايا الآخرين، بالإضافة إلى القصور فى معرفة سبب العزو Shean& Meyer, 2009)).

وبالنسبة لعلاقة عزو الحالة العقلية بأعراض الفصام فإن هناك إشارات لارتباط الأعراض الإيجابية والسلبية بالأداء وعزو الحالة العقلية. وعلى الرغم من ذلك فإن هناك دراسات أخرى تشير إلى انعدام هذه العلاقة؛ حيث أشارت دراسات طولية حديثة قام بها ميزراهى Mezrahi وزملاؤه عام (2006) إلى أن هناك تحسناً فى عزو الحالة العقلية (التمثيل العقلى) لدى مرضى الفصام فى النوبة الأولى بعد ستة أسابيع من العلاج مقارنة بخط الأساس، الذى لا يرتبط بالتحسن فى الأعراض الإيجابية، على الرغم من أن هناك إشارات إلى ارتباط الأعراض الإيجابية والسلبية بالأداء وعزو الحالة العقلية، وبالتالى فإن هناك تعارضاً فى النتائج (Harrington, 2005).

---

(1) Emotioal discomfort.

تعقيب على البحوث والدراسات التى تناولت أسلوب العزو لدى مرضى الفصام:

بعد الاطلاع على بعض البحوث والدراسات التى عنيت بتقدير أسلوب العزو وعلاقته بأعراض الفصام يمكن القول بأن:

1- هناك ندرة فى الدراسات التى اهتمت بتقدير أسلوب العزو لدى ذوى الاضطرابات الذهانية بوجه عام، واضطراب الفصام بوجه خاص. فلم تجد الباحثة- فى حدود علمها- أى دراسات فى البيئة العربية تعنى بتقدير أسلوب العزو لدى المرضى النفسيين، بالإضافة إلى ندرة هذه الدراسات على المستوى العالمى. وكانت هذه الندرة من أهم المبررات التى دفعت الباحثة للاهتمام بدراسة أسلوب العزو كواحد من أهم مكونات المعرفة الاجتماعية.

2- وجود تعارض فى نتائج الدراسات التى اهتمت بتقدير أسلوب العزو لدى مرضى الفصام؛ فبينما دعمت بعض الدراسات وجود ارتباط بين بعض أعراض الفصام وأسلوب العزو مثل دراسة شين وماير وبرون وآخرون (Shean& Meyer, 2009; Brune, et al., 2010). أشارت دراسات أخرى إلى عدم وجود علاقة بين التحسن فى أسلوب العزو والتحسن فى الأعراض الإيجابية، مثل دراسة ميزراحى Mezrahi وزملاؤه عام (2006) (Harrington, 2005).

3- تركيز أغلب الدراسات التى اهتمت بتقدير أسلوب العزو لدى المرضى النفسين على الاكتئابيين، وعدم الامتداد بنتائج هذه الدراسات إلى ذوى الاضطرابات النفسية الأخرى.

ثانياً: العلاقة بين المعرفة الاجتماعية وبعض المتغيرات الأخرى لدى مرضى الفصام:

العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية:

تعد الكفاءة الاجتماعية نموذجاً للتفاعل الدينامى بين خصائص الأفراد وبيئاتهم. وقد وضع لاروسى وآخرون (Larocci, Yager& Elfers, 2007) تصوراً نظرياً للكفاءة الاجتماعية يركز على قدرات المعرفة الاجتماعية بوجه خاص. ومن خلال هذا التصور ينظر للكفاءة الاجتماعية على أنها تتضمن التنسيق النشط لمصادر وعمليات متعددة لتلبية المطالب والأهداف الاجتماعية فى نمط خاص أثناء التفاعل الاجتماعى (مع الآباء أو مع الأصدقاء) داخل سياقات خاصة مثل المنزل أو المدرسة.

وأشار بعض الباحثين إلى أن مقاييس المعرفة العامة الأولية والمعرفة الاجتماعية ترتبط بالمهارات الاجتماعية (Green, Kern, Braff& Mintz, 2000; Shean& Meyer, 2009). حيث كشف تراث الدراسات السابقة عن أن مرضى الفصام يبدون قصوراً معرفياً عبر عديد من المجالات؛ لذلك تعد الجوانب المعرفية والمعرفية العصبية من المنبئات القوية بالكفاءة الاجتماعية (Mueser et al., 1996; Kee et al., 2003; Green et al., 2005; Buchanan, Davis, Goff, Green, Keefe, Leon, 2005; Addington& Addington, 2008). وبالتالى فإن الارتباط الذى تم ملاحظته بين القصور المعرفى وحل المشكلات الاجتماعية– باعتبارها أحد مؤشرات الكفاءة الاجتماعية– يدعم هذه الدراسات (Addington& Addington, 1999; Green et al., 2000).

ويشير أدينجتون وأدينجتون (Addington& Addington, 2008) إلى أن هناك دليلاً واضحاً على العلاقة بين المعرفة والوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وقد أشارت عديد من الدراسات إلى ارتباط المعرفة بشكل دال بالوظائف الاجتماعية (Green, .Nuechterlein& Mintz, 1994; Green, Kern& Heaton, 2004) فى حين أشارت دراسات أخرى إلى أن طبيعة هذه الارتباطات مازالت غير واضحة وغير راسخة. ويؤيد روسيل وآخرون (Russell, Green, Simpson, Coltheart, 2008) ذلك بالإشارة إلى أن أسباب هذه المشكلات ليست معروفة أو مفهومة بشكل جيد. ويرى بعض الباحثين أنه يمكن للمعرفة أن تفسر (10٪: 50٪) من التباين فى الوظائف الاجتماعية (Addington& Addington, 2005).

وإذا انتقلنا إلى العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية محور اهتمامنا الراهن؛ نجد أن ضعف الكفاءة الاجتماعية فى التفاعلات الاجتماعية يرتبط ارتباطاً قوياً بالقصور فى المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وقد كشف برون، وبرون وآخرون (Brune, 2005; Brune, Abdel-Hamid, Sonntag, Lehmkamper&Langdon, 2009) عن أن مرضى الفصام الذين يعانون من القصور فى القدرة على التمثيل العقلى أو نظرية العقل- وهى من أهم مجالات المعرفة الاجتماعية- يكشفون عن قصور دال فى مهاراتهم الاجتماعية، وذلك مقارنة بمن لديهم قصور فى المعرفة العامة. لذلك أصبحت علاقة المعرفة الاجتماعية بالكفاءة الاجتماعية من مجالات البحث التى ينبغى أن يكون لها أولوية الدراسة لدى مرضى الفصام (Hoton& Silverstein, 2008).

وفى هذا الصدد تطورت البحوث التى تربط مقـاييس المعرفـة الاجتماعيـة بالوظائف النفسية الاجتماعية بوجه عام والمهارات الاجتماعية بوجه خاص لـدى مرضى الفصام (Couture, Penn& Roberts, 2006)؛ حيث وجد أن المعرفـة الاجتماعية تؤدى دوراً فى إيجاد المخرجات الوظيفية، التى تعد الكفاءة الاجتماعية أحد أبرز صورها، وهى عامل وسيط بين المعرفة العامـة والكفـاءة الاجتماعيـة (Penn, Spaulding, Reed& Sullivan,1996; Kee, Green, Mintz&Brekke, 2003; Neuchtrlein et al., 2004; Brune, 2005; Addington, Saeedi& Addington, 2006; Sergi, Rassovsky, Nuechterlein& Green, 2006; Pinkham& Penn, 2006; Meyer& Kurtz, 2009; Shean& Meyer, 2009; Couture, Granholm& Fish, 2011).

ويتضح مما سبق أن القصور فى المعرفة الاجتماعية من الملامـح المهمـة المميزة لاضطراب الفصام، والاضطرابات الأخرى المرتبطة به، وخاصـة فـى ضوء العلاقة القائمة بـين المعرفـة العامـة، والمعرفـة الاجتماعيـة، والإدراك الاجتماعى. ويشير هؤلاء الباحثون إلى أن القصور فى بعض مجـالات المعرفـة الاجتماعية يؤدى إلى تفسيرات خاطئة وسوء فهم للبيئة الاجتماعية؛ مما يؤدى فـى نهاية المطاف إلى ضعف الأداء الاجتماعى والانسحاب الاجتماعى (Piskulic et al, 2010).

وشهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً بدور المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وربما يرجع هذا الاهتمام إلى الأهمية الوظيفية للمعرفة الاجتماعية؛ حيـث

تفسر المعرفة الاجتماعية التباين الذى يتخطى ما هو أبعد من الوظـائف المعرفيـة العصبية ليصل إلى الوظائف الاجتماعية لدى مرضـى الفـصام .,Green et al) 2005; Brune, 2005; Brune, Abdel-Hamid, Lehmkamper& Sonntag, 2007). وهذا ما أدى إلى تنمية تدخلات تركز بـشكل خـاص علـى الجوانب الأساسية للمعرفة الاجتماعية التى تكون مضطربة لدى مرضـى الفـصام (Penn, Roberts, Munt, Silverstein, Jones& Sheitman, 2005). وتقترح هذه النتائج أن هناك قيمة وجدوى لتنمية طرق جديدة توجه إلى القصور فى المعرفة الاجتماعية لتعزيز الحالات النفسية الاجتماعية لدى مرضى الفصام؛ لـذلك فهنـاك حاجة لتنمية طرق العلاج التى توجه لمهارات المعرفـة الاجتماعيـة مثـل الإدراك الانفعالى وأسلوب العزو ونظرية العقل ,Combs, Elerson, Tiegreen., Nelson) Ledet& Basso, 2008). ويوحى هذا بأن المعرفة الاجتماعية ذاتها تـؤدى دوراً كبيراً فى مجال التدخل (Sheann& Meyer, 2009).

وبالتأكيد على أهمية التدخلات العلاجية، فإن جوانب القصور الخاصة بالمعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، التى تم الكشف عنها لدى مرضى الفـصام تتحـسن بشكل طفيف من خلال بعض سبل المواجهة مثل (الأدوية، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاجات السلوكية المعرفية). وبالتالى فإن تنمية المعرفة الاجتماعيـة من الأهداف الواعدة فى هذا الصدد؛ نظراً لاحتمال ارتباطهـا القـوى بالمخرجـات الوظيفية الاجتماعية. وقد تم مراجعة الدلالة الوظيفية للمعرفة الاجتماعية فى عديـد من الدراسات السابقة. وتعد المعرفـة الاجتماعيـة والتـدريب التفـاعلى Social Cognition and Interaction Training (SCIT) من البرامج العلاجية التـى

صممت لتنمية الوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام، من خلال تنمية المعرفة الاجتماعية. والتى يستمر التدريب عليها لمدة (20) أسبوعاً (Penn& Roberts, 2009). وهذا يشير إلى دور المعرفة الاجتماعية فى تنمية الكفاءة الاجتماعية.

بحوث ودراسات تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام:

فيما يتعلق بدراسة العلاقة بين الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية قام أينن وآخرون (Ihnen et al., 1998) ببحث العلاقة بين الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام؛ حيث تم اختيار (26) من مرضى الفصام المقيمين خارج المستشفى، وتم استبعاد من لديهم أى إصابات عصبية، أو اضطرابات ارتقائية، أو الاعتماد على المواد فى الشهور الست السابقة على إجراء الدراسة، وكان متوسط عمر المبحوثين (33) عاماً، ومتوسط سنوات التعليم (12) عاماً. وقام المبحوثون بتكملة ثلاث مهام للإدراك الاجتماعى هى مهام التعرف الانفعالى الوجهى، واختبار التعرف على الدلالات الاجتماعية، والتصور الذاتى. وتم تقدير المهارات الاجتماعية من خلال اثنين من مهام أداء الأدوار. وقد كشف التحليل الارتباطى عن أن مهمة التصور الذاتى من أكثر المهام التى ارتبطت بالمهارات الاجتماعية من بين مهام الإدراك الاجتماعى، حتى بعد التحكم فى الأعراض المرضية والمتغيرات الديموجرافية الخاصة بالمبحوثين. وبالنسبة للمقاييس الأخرى للإدراك الاجتماعى مثل إدراك الدلالات الاجتماعية، والتعرف الانفعالى الوجهى فقد ارتبطت ارتباطاً ضعيفاً بالمهارات الاجتماعية، وهذا على عكس ما كان متوقعاً.

وعلى الرغم مما أشارت إليه الدراسة السابقة من ضعف ارتباط الإدراك الانفعالي الذي تم تقديره من خلال اختبار التعرف الانفعالى الوجهى بالمهارات الاجتماعية، فإن هناك نتائج مناقضة لذلك؛ حيث أشار ماير وكورتز (Meyer&Kurtz., 2009) إلى أن العجز فى الإدراك الانفعالى يؤثر بشكل دال فى المهارات الاجتماعية، وذلك باستخدام اختبار حدة الانفعال لبين Penn emotion acuity test وهو اختبار يستخدم الحاسب الآلى لتقدير الإدراك الانفعالى الوجهى، الذى يتضمن صوراً غير ملونة للتعبيرات الوجهية؛ حيث تتدرج الانفعالات من السعادة الشديدة إلى الحزن الشديد. والتعرف الانفعالى الوجهى هو أحد جوانب الإدراك الانفعالى الذى يعد مجالاً فرعياً من مجالات الإدراك الاجتماعى.

وامتداداً لدراسة العلاقة بين الإدراك الانفعالى والكفاءة الاجتماعية قام ميوسر وآخرون (Mueser et al., 1996) بتقييم ما إذا كان مرضى الفصام المزمن يبدون قصوراً فى الإدراك الانفعالى مقارنة بغير المرضى، وما إذا كان القصور فى الإدراك الانفعالى يرتبط باضطراب الكفاءة الاجتماعية. وتم استخدام اختبار الإدراك الوجهى لبينتون؛ حيث طبق هذا الاختبار على مرضى الفصام المزمن والمجموعة الضابطة. وتم تقدير المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى الفصاميين المزمنين، وتمت المقارنة بين (28) من مرضى الفصام المقيمين إقامة طويلة فى المستشفى، ويتعاطون علاجاً دوائياً و(15) من الأسوياء لمعرفة العجز فى الإدراك الانفعالى، وعما إذا كان هذا العجز يعزى إلى ضعف الكفاءة الاجتماعية. وأظهرت النتائج أن إدراك التعبيرات الانفعالية ارتبط بإزمان المرض

وبالكفاءة الاجتماعية؛ حيث أن طول مدة الإقامة فى المستشفى، وإزمان المـرض يمكن أن يسهما فى عجز الفصاميين عن الإدراك الظاهرى للانفعالات، وهو الذى يمكن أن يكون له دوره فى فى التأثير على الكفاءة الاجتماعية. واستنتج البـاحثون كذلك احتمالية أن يشكل إزمان المرض بنية تحتية للتدهور الإدراكى، بالإضافة إلى عجز المريض، وطول مدة مرضه، وشدة الأعراض المرضية، وهـى متغيـرات ارتبطت بأداء الفصاميين على مقاييس الإدراك الظاهرى. وهذه النتائج تتسق مع ما هو سائد بأن العجز فى الأداء يرتبط بشدة الأعراض السلبية، كما أنها تتوافق مـع فرضيات نظرية الكفاءة الاجتماعية التى ترى أن الإدراك الاجتماعى يعد محـدداً مهماً للمهارة الاجتماعية.

ومن بين الدراسات التى دعمت نتائج الدراسة السابقة والخاصة بتأثير العجـز فى الإدراك الانفعالى على المهارات الاجتماعية ما تم الكشف عنه من أن مرضى الفصام تقل قدرتهم على التحديد الدقيق للتعبيرات الانفعالية للآخرين. وارتبط هـذا العجز الإدراكى بالقصور فى الوظائف الاجتماعية، ويبدو أن القصور فـى إدراك التعبيرات الانفعالية يؤدى إلى آثار اجتماعية ضارة مثل سوء فهم انفعالات الآخرين وسوء تفسيرها؛ وبالتالى إصدار استجابات غير ملائمة من الناحيـة الاجتماعيـة (Kee et al.,1998). وعلى الرغم من ذلك تتعارض هذه النتيجة مع ما أشار إليه أينن وآخرون (Ihnen et al.,1998) من ضعف الارتباط بين التعرف الانفعـالى الوجهى والمهارات الاجتماعية.

وامتداداً لبحث الجوانب الانفعالية فى علاقتها بالمهـارات الاجتماعيـة لـدى مرضى الفصام قام ماير وكورتز (Meyer& Kurtz, 2009) باختيار مجموعـة

من المقاييس لجوانب معرفية عصبية وبحث علاقتها بانفعالات السعادة والحزن التى تظهر على بعض الوجوه والأداء الذى يعتمد علـــى مهـــارات اجتماعيـــة معينـــة. ولتحقيق هذا الهدف تم انتقاء عينة مكونة من (53) من المشخـــصين بالفـــصام أو الفصام الوجدانى، وهم من المستقرين على تناول مضادات الذهان. وتم استبعاد أى تشخيصات تتضمن وجود أى اضطرابات سمعية أو بصرية أو تـــأخر عقلـــى أو اضطرابات عضوية. وتم استخدام اختبار المفردات لتقدير الذكاء اللفظى، واختبـــار بين للأداء المتواصل Penn continuous performance test وهو اختبار يقوم على استخدام الحاسب الآلى فى قياس الانتباه واليقظة البـــصرية. وتـــم اســـتخدام اختبارين لقياس حل المشكلات والتعلم اللفظى، وتم استخدام اختبار حدة الانفعـــال لبين، وهو اختبار يقوم على استخدام الحاسب الآلـــى لتقـــدير الإدراك الانفعـــالى الوجهى، الذى يتضمن صوراً غير ملونة للتعبيـــرات الوجهيـــة؛ حيـــث تتـــدرج الانفعالات من السعادة الشديدة إلى الحزن الشديد، ويطلب من المبحوثين تقدير كل انفعال على مقياس يتراوح من (1: 7) وقدر المتغير التابع فى هذه الدراسة بالعدد الصحيح للاستجابات التى قدرها المبحوثون على أنها انفعالات شـــديدة الحـــزن أو شديدة السعادة، والتى تسجل منفصلة بالإضافة للدرجة الكلية. وتم أيـــضاً تطبيـــق مهمة الفروق الانفعاليةEmotion- differences task حيث استخدم نفس المنبه الوجهى، وتضمنت هذه المهمة تدرج دقيق فى الانفعال، وذلك لتقدير قدرة المبحوث على التعرف على وإدراك الفروق الدقيقة فى درجات الـــسعادة أو الحـــزن. وتـــم اســـتخدم اختبـــار تقيـــيم أداء المهـــارات الاجتماعيـــة The social skills performance assessment لقياس المهارات الاجتماعية الوظيفية والتأكيديـــة.

وقد كشفت النتائج عن ما يلى:-

1- ارتبطت اليقظة البصرية وحل المشكلات والإدراك الانفعالى بالمهارات الاجتماعية ارتباطاً إيجابياً دالاً.

2- يؤثر العجز فى الإدراك الانفعالى فى المهارات الاجتماعية.

وفى إطار دراسة التعبير الانفعالى غير اللفظى قام برون وآخرون (Brune et al., 2009) ببحث ما إذا كانت القدرة التعبيرية غير اللفظية لدى المرضى ترتبط بضعف الكفاءة الاجتماعية والمعرفة العامة لدى مرضى الفصام. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار (50) من مرضى الفصام المقيمين فى المستشفى (22 ذكراً، 28 أنثى) وتتكون العينة من (38) مريضاً بالفصام و(9) من مرضى الفصام الوجدانى و(3) من ذوى الاضطراب الضلالى، وكان كل المبحوثين فى المراحل شبه الحادة[1] من اضطرابهم؛ لذلك كانو قادرين على إعطاء معلومات كاملة وتكملة بطارية الاختبارات المعرفية العصبية، وتم استبعاد ذوى الإصابات المخية وذوى التأخر العقلى. وكان جميع المرضى يتلقون الجيل الثانى من المواد المضادة للذهان[2] وتم اختيار (30) فرداً ليمثلوا المجموعة الضابطة السوية (10 ذكور، 20 أنثى) وهم مكافئين لمجموعة المرضى فى العمر والنوع، وكان متوسط العمر فى مجموعة المرضى (39) عاماً، ومتوسط مدة المرض عشر سنوات، وكان متوسط العمر لدى مجموعة الأسوياء (37) عاماً، وتم تقييم القدرة التعبيرية غير اللفظية باستخدام نظام الميثاق الأخلاقى بالنسبة للمقابلات[3]. وتم تقدير الكفاءة الاجتماعية

---

(1) Sub- Acute.
(2) Second- Generation Antipsychotic Substance.
(3) Ethological Coding System for Interviews (ECSI).

باستخدام مقياس السلوك الاجتماعى، وتم تقدير التاريخ السابق للمـرض النفـسى باستخدام مقياس الأعراض النفسية الإيجابية والـسلبية، وتـم تقيـيم المتغيـرات المعرفية، والتى تتضمن مقاييس الذكاء والوظائف الاستدلالية، واثنين مـن مهـام التمثيل العقلى، والتى تم استخدامها فى تقدير الحالات العقلية. وكشفت النتائج عـن أن القدرة التعبيرية غير اللفظية تقل بشكل ملحوظ لدى مرضى الفـصام مقارنـة بالأسوياء، وترتبط الإشارات غير اللفظية المبادرة اجتماعياً بالكفاءة الاجتماعيـة، ولا ترتبط بالمعرفة غير الاجتماعية والعلاج.

وإذا انتقلنا لبحث العلاقة بين العزو والكفاءة الاجتماعية كهدف أساسى للدراسة الراهنة نجد أن العزو يعد من المحددات المعرفية للمهارات الاجتماعيـة (طريـف شوقى، 2003: ص142) وأن استخدام أسلوب العزو لدى مرضى الفصام سـواء عن أنفسهم أو عن حياتهم يفترض أنه يؤدى دوراً مهمـاً فـى القـصور النفـسى الاجتماعى، وعلى النقيض من ذلك فإن هناك تنبؤات خاصة بأن نمط أسلوب العزو يعزى لجوانب القصور الاجتماعى (Lysaker et al., 2003). وعلى الرغم مـن أهمية دور العزو فى القصور الاجتماعى، وضعف الكفاءة الاجتماعية إلا أن هناك عدد قليل من الدراسات قد كشف عن أن القصور فى عزو الحالة العقليـة يـسهم إسهاماً كبيراً فى السلوك الاجتماعى أو الوظائف الاجتماعية. على الرغم مـن أن حجم القصور الاجتماعى الذى يوضح من خلال أسلوب العزو أكبر مـن نظيـره عندما درس فى علاقته بالمعرفة العامة غير الاجتماعية (Brune, 2005).

وفى هذا الصدد يشير ليساكر وزمـلاؤه (Lysaker et al., 2003) إلـى أن أحداث الحياه التى يعتقد أنها خارج تحكم الفرد وغير مستقرة تؤدى إلى دفع الفـرد

لأن يتوقف عن التأثير فى الأشياء المحيطة به، ويؤدى كذلك لانسحابه اجتماعيـــاً. ومثل هذه الأعراض هى من المؤشرات المهمة للكفاءة الاجتماعية. ولاختبار هـــذه الفروض قام باحثو الدراسة باختيار (40) من مرضى الفصام، وطبق عليهم مقياس أسلوب العزو (ASQ) والذى يقيس الميل لعزو الفشل إلى عوامل داخلية ومستقرة وعامة، وتم تطبيق مقياس جودة الحياه(QOL) والـــذى يقـــيس الميـــل للتفاعـــل الاجتماعى، وتم تطبيق الانحدار المتعدد ثلاثى الخطوات، والذى يسمح باختبار مـــا إذا كانت متغيرات اختبار أسلوب العزو واختبار الأعراض الإيجابية والسلبية تسمح بالتنبؤ بدرجات اختبار جودة الحياه مع التحكم فى العمر ومستوى التعليم. واقترحت نتائج الدراسة أن الميل لرؤية أحداث الحياه على أنها نتيجة لعوامل أو أسباب غير مستقرة أو غير متنبأ بها يرتبط بالقصور الاجتماعى الذى لا يعتمد على مـــستوى الأعراض.

وقد حصل برون وزملاؤه (Brune et al., 2007) على نتائج مشابهة لما تم التوصل إليه فى دراسة ليساكر وزملاؤه (Lysaker et al., 2003) فى مجملهـــا، والذى يتعلق بارتباط أسلوب العزو باضطراب الكفـــاءة الاجتماعيـــة، والتـــى تـــم دراستها بشكل واضح فى هذه الدراسة، أو أحد مؤشراتها، كما تم الإشارة إليه فـــى الدراسة السابقة. وقد قام برون وزمـــلاؤه ببحـــث منبئـــات الكفـــاءة الاجتماعيـــة المضطربة لدى مرضى الفصام. وتناول الباحثون فى هذه الدراسة ثلاثـــة منبئـــات لاضطراب الكفاءة الاجتماعية هى: عزو الحالة العقليـــة، والوظـــائف المعرفيـــة العصبية، ومنشأ المرض النفسى. وتهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن أكثر هـــذه المتغيرات تنبوءاً باضطراب الكفاءة الاجتماعية. وقد سعت هـــذه الدراســـة إلـــى

الامتداد بما إذا كان القصور فى عزو الحالة العقلية، والمعرفة العامـة، والتـاريخ المرضى قادراً على توضيح وشرح وفهم السلوك الاجتماعى غير السـوى لـدى مرضى الفصام. واقترح باحثو الدراسة أن يكون عزو الحالة العقلية لدى مرضـى الفصام من أكثر العوامل التى تسهم فى التنبؤ بضعف الكفاءة الاجتماعيـة مقارنـة بالعوامل المعرفية غير الاجتماعية أو التاريخ السابق للمرض. ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم تقدير الذكاء والوظائف الاستدلالية وعزو الحالة العقلية والتاريخ السـابق للمرض والسلوك الاجتماعى لدى (38) من المرضى المشخصين بالفـصام، وتـم مقارنة هذه المجموعة بمجموعة ضابطة من الأسوياء وعددهم (29) فـرداً، وهـم مكافئين لمجموعة المرضى فى العمر والنوع، ويتلقى جميع المرضـى مـضادات الذهان، ولا يوجد تاريخ سابق للاعتماد على المواد أو أى إصابة فى المخ. وتشير النتائج إلى أن القصور فى عزو الحالة العقلية بمفرده يعد مسئولاً عن (50٪) مـن التنوع فى اضطراب السلوك الاجتماعى، فى حين كانت الأعراض الإيجابية ومـدة المرض مسئولة عن قدر ضئيل من هذا التنوع، وهذا التأثير كان واضـحاً بـشكل أكبر لدى المجموعات الفرعية من المرضى الذين يكشفون عن مـستوى متوسـط وطبيعى من الذكاء. ولم تعد الأعراض الإيجابية والسلبية للاضـطراب وإزمـان المرض من المنبئات الدالة على ضعف الكفاءة الاجتماعية. ولم يكن هناك ارتبـاط بين العلاج وأى من المقاييس المعرفية العصبية، والتى تتضمن عزو الحالة العقلية والتاريخ السابق للمرض والسلوك الاجتماعى. ويخلص باحثوا الدراسـة إلـى أن القصور فى القدرة على إدراك الحالة العقلية للفرد أو الآخرين من المنبئات الفردية الجيدة بضعف الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، ويجـب أن تتـضمن فـى التعريفات المستقبلية الأساسية لأعراض الاضطرابات الفصامية.

أشارت بعض الدراسات إلى أن القصور فى عزو الحالة العقلية يعد من العوامل المنبئة باضطراب المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، بالإضافة إلى ارتباط اضطراب المهارات الاجتماعية بالأعراض السلبية، على الرغم من أن هذه العلاقة لا تزال غير واضحة بالنسبة لباقى الأعراض المرضية. وفى هذا الإطار قام (Brune et al, 2011) ببحث العلاقة بين المعرفة الاجتماعية وخاصة الوظائف التنفيذية، والمعرفة غير الاجتماعية وخاصة عزو الحالة الذهنية، والمهارات الاجتماعية. ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على البيانات المستمدة من دراستين مستقلتين تنهضان بنفس هدف الدراسة، حيث جمعت عينتى الدراستين فى عينة واحدة تتكون من (69) مريضاً بالفصام. وكشفت النتائج عن أن عزو الحالة العقلية كان من أهم العوامل المنبأة بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. ولم تتوسط المعرفة العامة ممثلة فى الوظائف التنفيذية العلاقة بين أسلوب العزو والمهارات الاجتماعية. وكانت الأعراض السلبية وأعراض عدم التنظيم من أكثر الأعراض المرضية التى تسهم فى تباين وظائف المعرفة الاجتماعية. ويخلص باحثو الدراسة إلى أن عزو الحالة العقلية من أهم قدرات المعرفة الاجتماعية التى تسهم فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. لذلك يوصى باحثو الدراسة بضرورة تنمية قدرات المعرفة الاجتماعية وبصفة خاصة أسلوب العزو كوسيلة لتنمية المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

وننتقل من بحث علاقة المعرفة الاجتماعية عموماً بالكفاءة الاجتماعية إلى بحث هذه العلاقة بالنسبة للمجالات النوعية للمعرفة الاجتماعية؛ حيث ينصب اهتمامنا على الإدراك الاجتماعى والإدراك الانفعالى وأسلوب العزو. وسنعنى فى

الفقرات التالية بالوقوف على معالم اضطراب مجالات المعرفة الاجتماعية الثلاثة سالفة الذكر فى علاقتها بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، ثم عرض الدراسات والبحوث التى تعالج هذه العلاقة كما يلى:

1- الإدراك الاجتماعى وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية:

هناك عدد من المتغيرات المستقلة تؤثر فى المهارات الاجتماعية كمتغير تابع، وتؤدى هذه المتغيرات دوراً فى تحديد مقدارها وطبيعتها. ويصنف الباحثون هذه المتغيرات إلى متغيرات خاصة بالفرد، ومتغيرات خاصة بالطرف الآخر فى موقف التفاعل، ومتغيرات خاصة بالسياق الثقافى والاجتماعى لموقف التفاعل. وسنركز فى هذا السياق على بعض المتغيرات التى تخدم أهداف دراستنا الراهنة؛ فبالنسبة لخصال الفرد سنهتم بالتركيز على بعض المتغيرات المعرفية ذات الطبيعة الاجتماعية، التى تؤثر فى المهارات الاجتماعية، ومن بين هذه المتغيرات الإدراك الاجتماعى. ويعنى مفهوم الإدراك الاجتماعى بقدرة الفرد على ملاحظة وإدراك سلوك الآخرين فى مواقف التفاعل الاجتماعى. ويشير مورلى Morly وزملاؤه إلى أنه يرتبط بدقة الفرد فى فهم وتفسير السلوك الاجتماعى للآخرين، وهادياتهم غير اللفظية، وتحديد ماذا عليه أن يفعل بناءً على ذلك. وفى حالة عدم دقة هذا الإدراك فإن الفرد سيتصرف بطريقة غير ملائمة اجتماعياً. ويشير موريسون وبيلاك إلى أن ضعف المهارات الاجتماعية قد يعزى إلى انخفاض كفاءة عملية الإدراك الاجتماعى، والتى تشير إلى القدرة على إدراك ومعالجة المنبهات فى العلاقات الشخصية. وتتضح أهمية الإدراك الاجتماعى بالنسبة للمهارات الاجتماعية، سواء بوصفه أحد مكونات تلك المهارات، وعنصراً مهماً فى تعريفها،

أو بوصفه عملية معرفية تسهم فى تشكيل السلوك المهارى، وأن أى خلل أو قصور فيها يؤثر سلبياً فى كفاءة هذا السلوك (طريف شوقى، 2003: ص142).

ويشير محمد الجيوسى إلى أن الإدراك الاجتماعى يوفر للشخص مصدراً معرفياً اجتماعياً للحصول على معلومات تفيد فى إشباع دوافعه، وتحقيق أهدافه، وتفادى الضرر والأذى، والتكيف مع الآخرين. ويتوقف النجاح فى المواقف الاجتماعية على دقة إدراكاتنا الاجتماعية، سواء أكانت إشارات عابرة غير لفظية، أو تلميحات لغوية، أو مؤثرات صوتية (أسامة محمد الغريب، 2010: ص 62).

ونظراً لأهمية الإدراك الاجتماعى بالنسبة للتفاعلات الاجتماعية، فعلى الفرد أن يدرك حقيقة من يتفاعل معه؛ فيدرك متى يقبل عليه، ومتى يبعد عنه، ومتى يتكلم، ومتى يصمت. وهكذا يكمن الإدراك الاجتماعى وراء كل تفاعل ناجح أو فاشل (فؤاد البهى السيد، 1981، ص 210). وهناك مجموعة من المهارات الاجتماعية المعرفية، التى يفترض تأثيرها على الطريقة التى يسلك بها الشخص فى مواقف التفاعل الاجتماعى وهى:

- تلقى المعلومات ذات علاقة بالتفاعل من الآخرين ومن البيئة.
- الانتباه لجوانب العلاقات التى يتم تلقيها والمتعلقة بالتفاعل.
- معرفة القواعد الاجتماعية.
- معرفة أهمية أو معنى الاستجابات المختلفة.
- التفسير الصحيح للمعلومات الواردة.
- القدرة على فهم الاعتبارات المختلفة (سوزان سبنس، 2000: ص 273).

وإذا انتقلنا إلى اضطراب الإدراك الاجتماعى وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام؛ نجد أن القصور فى الوظائف الاجتماعية أحد المحكات القليلة، التى يجب أن يصنف مرضى الفصام بناءً عليها. وتجدر الإشارة إلى أن الوظائف الاجتماعية الناجحة التى تتبلور من خلال الكفاءة الاجتماعية تتطلب التكامل بين عدد من المهارات. ومن أهم هذه المهارات مهارات الإدراك الاجتماعى، التى تتضمن ترميز وتفسير الدلالات الاجتماعية للآخرين، وقد تكون هذه الدلالات الاجتماعية لفظية أو غير لفظية (Toomey et al ., 2002) وهناك بعض المؤشرات التى تشير إلى أن الإدراك الاجتماعى يرتبط بالوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام (Penn, Combs& Mohamed, 2001; Brune, 2005; Pinkham& Penn, 2006; Couture et al., 2006).

ويعد إدراك الفرد للدلالات الاجتماعية والتى تتضمن (التعبيرات الوجهية، والإيماءات، والسياق الموقفى، ونبرة الصوت) من أهم جوانب المعرفة الاجتماعية، التى كشفت عن ارتباطها المباشر بالوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام (Sergi& Green, 2002). وهناك بعض الأدلة التى تشير إلى أن قصور الإدراك الاجتماعى يرتبط بالسلوك الشخصى لدى الفصاميين، وبوجه خاص يرتبط الإدراك الاجتماعى غير اللفظى بالمهارات الاجتماعية أثناء عملية حل المشكلات (Toomy et al., 1997). وتشير نماذج الوظائف الاجتماعية إلى أن اضطراب الوظائف المعرفية مثل الذاكرة اللفظية، والانتباه، واضطراب مهارات الإدراك الاجتماعى تسهم فى فشل الأداء الاجتماعى والوظائف النفسية الاجتماعية لدى الفصاميين (Green, 1996).

وقد وجد أن الإدراك الاجتماعى يتوسط العلاقة بين المعرفة العامة وحل المشكلات لدى مرضى الفصام، ويتوسط بشكل جزئى العلاقة بين المعرفة العامة والوظائف الاجتماعية لدى عينات من الذهانيين. وهناك دراسات أخرى قد دعمت دور الإدراك الاجتماعى فى توسط العلاقة بين العمليات البصرية والمخرجات الوظيفية لدى مرضى الفصام (Sergi et al., 2006) وفى دراسات أخرى مثل دراسة فوث وزملائه Vauth et al وجد أن الإدراك الاجتماعى هو ذلك المتغير الوسيط الذى يتوسط العلاقة بين المعرفة العامة ومهارات العمل لدى الفصاميين. وعلى النقيض من ذلك فقد وجد نينو وآخرون (Nienow, Docherty, Cohen& Dinzeo, 2006) أن هناك مؤشراً على أن الإدراك الاجتماعى يبدو أن تأثيره كمتغير معدل أكثر من كونه متغيراً وسيطاً فى العلاقة بين الانتباه واليقظة وحل المشكلات الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى. وطبقاً لذلك يبدو واضحاً أن المعرفة الاجتماعية التى يتم تقديرها من خلال الإدراك الانفعالى والاجتماعى تؤدى دوراً حاسماً فى العلاقة بين المعرفة العامة ومجالات الأداء الوظيفى المختلفة، والتى يتم من خلالها الكشف عن الكفاءة الاجتماعية (Couture, Granholm& Fish, 2011).

وتعد صعوبات الإدراك الاجتماعى عرضاً شائعاً فى الفصام، وهى تنتج عن عدد كبير من العوامل التى تختلف من فرد لآخر. وتتضمن هذه العوامل قلة عناصر شبكة العلاقات الاجتماعية. ويرى شيفرد Shepherd أنه يتعين وضع المتغيرات، التى يمكن أن تسهم فى صعوبات الأداء الاجتماعى فى الاعتبار فى برامج التدخل، ومناحى التدريب على المهارات الاجتماعية، مثل الحاجة لتعزيز

شبكة العلاقات الاجتماعية بهدف خفض القلق الاجتماعى، أو ضبط نوبات الغضب، وفقاً للخصائص الشخصية لكل مريض. وأخيراً على الرغم من أن التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى له دور مهم فى تحسن الكفاءة الاجتماعية، إلا أنه توجد فى الواقع دلائل قليلة للغاية تحدد ما إذا كان هذا التدريب فعالاً بالفعل أم لا، وما إذا كان ذلك يضيف إلى كفاءة التدريب على المهارات الاجتماعية للسلوك الاجتماعى الصريح. ويبدو أن هناك حاجة لتطورات تالية فى ضوء التأثير الضخم الذى يمكن أن تحدثه آفات اضطراب مهارات الإدراك الاجتماعى على الكفاءة الاجتماعية (سوزان سبنس، 2000: ص301- 305).

ونلاحظ مما سبق ما يشكله الإدراك الاجتماعى من أهمية كبيرة بالنسبة للكفاءة الاجتماعية؛ وبالتالى ما يترتب على اضطرابه من تدهور الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وسنتناول فى الفقرات التالية جانباً آخر من جوانب الإدراك الاجتماعى وهو الإدراك الانفعالى، وعلاقته باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

2- الإدراك الانفعالى وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام:

هناك عديد من الدلائل التى تشير إلى وجود قصور فى الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام، وما يرتبط به من جوانب قصور خاصة بالكفاءة الاجتماعية، والتى يمكن أن تتبلور فى مظاهر متعددة من القصور الاجتماعى الوظيفى، وقصور التفاعل الاجتماعى، وغيرها من الجوانب الخاصة بالمخرجات الوظيفية؛ وبالتالى ينصب الاهتمام الحالى حول دراسة الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام، وبشكل أكثر تحديداً القصور فى إدراك انفعالات الآخرين، وهى القدرة التى يظن أنها تؤدى

دوراً مهماً فى ضعف الوظائف الاجتماعية التى تميز تلك الاضطرابات، وذلك حسبما أشارت كثير من الدراسات (Mueser et al., 1996).

إن قصور الوظائف الاجتماعية من الملامح المميزة لاضطراب الفصام، وهناك وجهات نظر متعددة تؤيد وجود القصور الاجتماعى لدى مرضى الفصام (mueser et al., 1996; Kee et al., 2003; Rus- Calafell, Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabate, Caqueo-Urízar, 2013). وعلى الرغم من ذلك هناك بحوث قليلة قامت ببحث كيف تؤثر الانفعالات على المخرجات الوظيفية لدى هؤلاء المرضى؛ لذلك اتجهت بعض الدراسات للكشف عن العلاقة بين الاستجابة الانفعالية والمعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية لدى مرضى الفصام؛ حيث كشف مرضى الفصام عن انخفاض الاستجابة الانفعالية بالنسبة للمنبهات الإيجابية والسلبية، بالإضافة للقصور الأعم فى كل من المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية. وقد وجد أن هناك ارتباطاً إيجابياً دالاً بين كل من الإدراك الانفعالى، والاستجابة الانفعالية، والمخرجات الوظيفية (Mathews& Barch, 2010).

ويحتمل أن يقلل الإدراك الانفعالى من كمية ونوعية العلاقات بين الشخصية (Couture et al., 2006). ويبدو أن القصور فى الإدراك الانفعالى مستقر وثابت ويحدث عبر مراحل مختلفة من الاضطراب (Penn& Combs, 2000; Penn et al., 2001).

وقد توجه اهتمام بعض الباحثين نحو دراسة الإدراك الانفعالى كمتغير وسيط بين الوظائف المعرفية العصبية والمهارات الاجتماعية؛ حيث وجد أن متغيرات

التحديد الانفعالى الوجهى والصوتى، وإدراك الدلالات الاجتماعية العيانية والمجردة، ومعرفة القواعد الاجتماعية، تتوسط العلاقة بين المعرفة العامة والمهارات الاجتماعية. وقد وجد نينو وزملاؤه (Nienow et al, 2006) أن الإدراك الانفعالى يتوسط العلاقة بين الانتباه والعلاقات الاجتماعية (Addington& Addington, 1999; Meyer& Kurtz, 2009)

كما وجد أن مرضى الفصام تقل قدرتهم على التحديد الدقيق للتعبيرات الانفعالية للآخرين، ويرتبط هذا العجز الإدراكى بالقصور فى الوظائف الاجتماعية. ويبدو أن القصور فى إدراك التعبيرات الانفعالية يؤدى إلى آثار اجتماعية ضارة مثل سوء فهم انفعالات الآخرين وسوء تفسيرها. وبالتالى إصدار استجابات غير ملائمة من الناحية الاجتماعية (Kee et al., 1998; Toomey et al., 2002). وفى هذا الإطار أكدت بعض الدراسات على انخفاض الأداء على مهام التعرف الانفعالى الوجهى (الإدراك الانفعالى) وسلوك المرضى الحقيقى، والذى يتبلور من خلاله مستوى الكفاءة الاجتماعية التى يستخدمها المرضى فعلياً، سواء داخل أجنحتهم بالنسبة للمرضى المقيمين فى المستشفى، أو فى المجتمع العام بالنسبة للمرضى غير المحتجزين (Mueser et al., 1996; Penn et al., 1996; Ihnen et al., 1998).

وأشار كوهلر وآخرون (Kohler et al., 2000; Pinkham& Penn, 2006) إلى أن هناك علاقة واضحة بين الأعراض السلبية والإدراك الانفعالى والمهارات الاجتماعية. حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن مهارات المعرفة العامة تفسر التباين فى المهارات الاجتماعية بوجه خاص والحالات النفسية

الاجتماعية بوجه عام، مع الوضع فى الاعتبار الأعراض الـسلبية (Nienow et al., 2006).

ويمكن الإشارة إلى أنه إذا تم تحسين الإدراك الانفعالى فإن ذلـك يمكـن أن يؤدى إلى تحسين الوظائف الاجتماعية، وتحسين جودة الحياه للأفراد الذين يعانون من الاضطراب؛ وبالتالى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية (Combs et al., 2008).

3- أسلوب العزو وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام:

فيما يتعلق بارتباط أسلوب العزو بالكفاءة الاجتماعية فهناك عدد قليـل مـن الدراسات قد كشفت عن أن القصور فى عزو الحالة العقلية، يسهم إسهاماً كبيراً فى السلوك الاجتماعى، أو الوظائف الاجتماعية؛ وبالتالى كفاءة هذه الوظائف، وهـذا العزو يكون أكبر من حجم التباين، الذى يوضح بالمعرفة غير الاجتماعية (Brune, 2005).

إن استخدام أسلوب العزو لدى مرضى الفصام سواء عـن أنفـسهم أو عـن حياتهم، يفترض أنه يؤدى دوراً مهماً فى القصور النفـسى الاجتمـاعى. وعلـى النقيض من ذلك فإن هناك تنبؤات خاصة بأن نمط أسلوب العزو يعـزى لجوانـب القصور الاجتماعى. ويمكن القول بأن الميل إلى عزو الأحداث إلى عوامل داخلية، ومستقرة، وعامة يؤدى بشكل عام إلى وظائف اجتماعيـة ضـعيفة (Lysaker, Lancaster, Nees& Davis, 2003). مما ينعكس بشكل مباشر علـى ضـعف الكفاءة الاجتماعية للفرد.

ويمكن القول بأن دراسة المعرفة الاجتماعية لم تحظ بالقدر نفسه من الاهتمام

الذى حظيت به المجالات المعرفية ومظاهر اضطرابها لدى مرضى الفصام، على الرغم من تراكم الأدلة التى تشير إلى تعزيز جـدوى دراسـة جوانـب المعرفـة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وأهمية إعداد أدوات لتقدير هذه المجـالات لـدى هؤلاء المرضى. وينطلق هذا الاهتمام بالوظائف المعرفية مما عرف منـذ فتـرة طويلة من أن القصور المعرفى يعد مظهراً أساسـياً لـدى المرضـى الـذهانيين ومرضـى الفـصام بوجـه خـاص, Morgan, Orr, Eyeson, Mellacqua , 2012)Lloyd& Zanelli)؛ حيث وجد أن (90٪) من مرضى الفـصام لـديهم قصور فى جانب واحد من الجوانب المعرفية، وأن (75٪) من مرضـى الفـصام لديهم قصور فى جانبين على الأقل من جوانب العجز المعرفى العصبى. وقد وجد أن جوانب القصور هذه موجودة قبل بداية المرض (Davidson, Reichenberg, Rabinowitz, Weiser, Kaplan& Mark, 1999). وهذا ما دعى الباحثين إلى اقتراح أن القصور فى الجوانب المعرفيـة والمعرفيـة العـصبية ليـست نتيجـة للأعراض، ولكنهـا جـزء مـن الاسـتعداد البيولـوجى للفـصام (Asarnow, Nuechterlein, Subotnik, Fogelson, Torquato& Payne, 2002).

وتشير هذه الدراسات إلى أن القصور المعرفى العصبى من الأمور والملامح المميزة لمرضى الفصام. وكانت هناك إشارات إلى أن القصور المعرفـى يـؤدى دوراً فى معظم الاضطرابات الملاحظة لدى مرضى الفصام؛ لذلك فـإن القـصور المعرفى يسهم بنسبة تتراوح بين (20٪-60٪) من تباين القصور الاجتماعى فـى العالم الواقعى. وعلى الرغم من ذلك فإن (40٪: 80٪) مـن التبـاين فـى الأداء الوظيفى لم يتم تفسيره بالمقاييس التقليدية لجوانب المعرفة العامة. وبالاتساق مـع

هذه الفكرة اتجهت مجموعة من البحوث المستقلة إلى التركيز على العوامل التى تتوسط العلاقة بين المعرفة العامة والأداء الوظيفى، وذلك لتعزيز القيمة التنبؤية وتحديد الأهداف العلاجية أيضاً (Green et al., 2000).

ولتقييم قوة واتساق جوانب القصور المعرفية لدى مرضى الفصام أمكن مراجعة (204) دراسة، وطبقاً لنتائج هذه الدراسات فإن أكثر الفروق أهمية بين المرضى والأسوياء كانت فى مستوى الذاكرة اللفظية، ولم تشتمل هذه الفئات المعرفية على المعرفة الاجتماعية، وهذا ما يبرر تزايد اهتمامنا الراهن بدراسة المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وعلى الرغم من جوانب القصور التى شابت هذه الدراسات إلا أنها كانت دائماً ما توصى بمزيد من الدراسات لتدعيم جوانب المعرفة الاجتماعية؛ نظراً لحاجتنا الماسة لذلك (Bertrand, Sutton, Achim, Malla& Lepage, 2007)

ومما يزيد من التأكيد على أهمية دراسة المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام مقارنة بباقى المرضى النفسيين ما أشار إليه شين وماير (Shean& Meyer, 2009) من أن درجة العجز فى المعرفة الاجتماعية التى تم تسجيلها لدى مرضى الفصام لم يتم ملاحظتها لدى عينات من المرضى النفسيين غير الذهانيين أو مرضى الهوس. مما يشير إلى تزايد اضطراب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام مقارنة بباقى الاضطرابات النفسية.

أما بالنسبة لدراسة العلاقة بين المعرفة والمعرفة الاجتماعية والوظائف الاجتماعية فإنه على الرغم من أن هناك مدى واسعاً من الدراسات التى تقدم دعماً كبيراً للارتباطات طويلة المدى بين المعرفة والوظائف الاجتماعية لدى مرضى

الفصام، فإن المعروف عن العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والوظائف الاجتماعية فى مراحل الذهان المختلفة لا يزال قليلاً (Addington& Addington, 2005).

وشهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً بدور المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وربما يرجع هذا الاهتمام إلى الأهمية الوظيفية للمعرفة الاجتماعية؛ حيث تفسر المعرفة الاجتماعية التباين الذى يتخطى ما هو أبعد من الوظائف المعرفية العصبية ليصل إلى الوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام (Brune, 2005) مما أدى إلى تنمية تدخلات تركز بشكل خاص على الجوانب الأساسية للمعرفة الاجتماعية التى تكون مضطربة لدى مرضى الفصام (Penn et al., 2005). بالإضافة إلى التركيز على العجز الملحوظ فى الوظائف الاجتماعية التى يبديها هؤلاء المرضى (Allen et al., 2007; Speranaza, 2008) لذلك أصبحت المعرفة الاجتماعية فى علاقتها بالكفاءة الاجتماعية من مجالات البحث التى تكشف عن أولوية دراستها لدى مرضى الفصام (Hoton& Silverstein, 2008).

وتأكيداً على المعنى السابق يشير سبيرانز (Speranaza, 2008) إلى أهمية البحث فى دور المعرفة الاجتماعية فى تطور البداية المبكرة لاضطراب الفصام؛ حيث ركزت عديد من الدراسات على مرضى الفصام الذين يبدون بعض الصعوبات الخاصة فى مستوى المعرفة الاجتماعية، والتى تبدو مرتبطة بجوانب القصور الوظيفية لدى هؤلاء المرضى. وغالبا ما يكون العجز موجوداً منذ فترة طويلة قبل ظهور الاضطراب، حيث نجده لدى المبحوثين الذين يعبرون عن اضطراباتهم أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة؛ وذلك لأهمية التفاعلات الاجتماعية لارتقاء الطفل.

وبالنسبة لاهتمامنا بدراسة المعرفة الاجتماعية فى علاقتها بالنتائج الوظيفية لدى مرضى الفصام من بين الاضطرابات الذهانية الأخرى فإن ذلك يرجع إلى ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية، والتى وضعت اضطراب الفصام فى المرتبة الثانية من حيث عبء المرض بالنسبة للاضطرابات الذهانية الأخرى، وتعزى الاضطرابات المعرفية بشكل أساسى لهذا العبء. وهذه الاضطرابات تتبئ بالنتائج الوظيفية فى العالم الخارجى بشكل أكثر قوة واتساقاً من الأعراض الإيجابية (Green et al., 2004a). مما يشير إلى أهمية دراسة الاضطراب فى المعرفة الاجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى.

وخلاصة القول فإنه من خلال ما كشفت عنه الدراسات السابقة يتضح جلياً أهمية بحث المعرفة الاجتماعية بمجالاتها المختلفة، وذلك فى علاقتها بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام من بين ذوى الاضطرابات النفسية الأخرى، وهذا يبرز بوضوح ما دعانا للاهتمام بهذا الموضوع.

تعقيب على البحوث والدراسات التى تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية:

من خلال مراجعة البحوث والدراسات التى اهتمت ببحث العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية يمكن استخلاص ما يلى:

1- من أبرز جوانب القوة التى اتسمت بها بعض الدراسات استخدامها لمهام آداء الأدوار فى تقدير الكفاءة الاجتماعية مثل دراسة أينن وآخرون (Ihnen et al., 1998)، وهى من الأساليب الجيدة فى تقدير المهارات الاجتماعية نتيجة لصعوبات القيام بملاحظات فى المواقف الطبيعية.إلا أنه يظل هناك حاجة لتقدير هذه المهارات واختبارها داخل المجتمع الفعلى.

2- ندرة الدراسات التى تتناول بحث أسلوب العزو والإدراك الاجتماعى فى علاقته بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وذلك مقارنة بتلك التى تعنى ببحث الإدراك الانفعالى لدى هؤلاء المرضى.

3- ومن بين المحاذير المنهجية التى وقعت فيها بعض الدراسات هو عدم وجود عينة ضابطة سواء من الأسوياء أو من ذوى الاضطرابات النفسية الأخرى، ومن بين هذه الدراسات دراسة أينن وليساكر وماير وكورتز وزملائهم (Ihnen et al., 1998; .Lysaker Meyer& Kurtz, 2009 et al., 2003)

4- نقص بعض البيانات عن مواصفات العينات فى بعض الدراسات مثل دراسة (Mueser, et al, 2010). حيث شارك فى هذه الدراسة (183) فرداً من المرضى العقليين، وكانوا من مرضى الفصام ومرضى الفصام الوجدانى وذوى الاضطرابات الوجدانية ومرضى الاكتئاب، ولم تكشف الدراسة عن أى بيانات وصفية مثل متوسط العمر ومستوى التعليم والأعداد الممثلة لكل فئة من هؤلاء المرضى.

5- ومن أهم جوانب القصورالتى شابت هذه الفئة من الدراسات عدم تضمين مقايسس لتقدير الوظائف الاجتماعية القبلية، فى الدراسات التى تعنى ببحث العلاقة بين مكونات المعرفة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية؛ حيث وجدت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين الأداء القبلى للوظائف الاجتماعية وقدرات الإدراك الانفعالى فى علاقته بالمهارات الاجتماعية (Shean& Meyer, 2009).

6- إغفال تمثيل بعض الانفعالات الوجهية فى بعض الدراسات مثل دراسة (Meyer& Kurtz, 2009) التى تضمنت إدراك الوجوه (السعيدة، والحزينة، والمحايدة) فى حين أن هناك دراسات عديدة مثل دراسة إدوارد وزملاؤه (Edward et al., 2002) التى تشير إلى أن هناك قصوراً كبيراً فى الإدراك الانفعالى الوجهى للغضب، لذلك يجب أن تتضمن الدراسات المستقبلية هذا الجانب فى بطارية اختبارتها.

بحوث ودراسات تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية:

يشير بعض الباحثين إلى أن هناك اعترافاً متزايداً بأن التقديرات المعرفية وتقديرات المعرفة الاجتماعية على خلاف تقديرات الأعراض تمدنا بتنبؤ ثابت وصادق بالمخرجات الوظيفية لدى مرضى الفصام.

وفى هذا الصدد قام وليام وآخرون (Williams,Whitford, Flynn, Wong, Liddell& Silverstein, 2008) بتقييم دور المعرفة والمعرفة الاجتماعية فى التنبؤ بالنتائج الوظيفية لدى مرضى الفصام فى النوبة الأولى. وقرر باحثوا الدراسة وجود عوامل منفصلة للمعرفة العامة والاجتماعية، وقدرة هذه الجوانب على التنبؤ بالمخرجات الوظيفية فى العالم الواقعى. ولاختبار هذه الفروض تم اختيار (56) من مرضى الفصام فى النوبة الأولى (22 من الإناث، 34 من الذكور) وهم من المقيمين خارج المستشفى، وكان متوسط العمر (20) عاماً. وكانت هناك مجموعة ضابطة مكافئة لهذه المجموعة وعددها (112) مبحوثاً (44 أنثى، 68 ذكراً) وكان متوسط العمر (20) عاماً، وتم مضاهاة المجموعتين فى عدد سنوات التعليم، والتى

كانت بالنسبة للمرضى (12) عاماً، وبالنسبة للأسوياء (11) عامـاً. وتـم تقيـيم الأعراض الإكلينيكية للفصام باستخدام مقياس تقدير الأعراض النفـسية الموجبـة والسالبة، وتم تقييم المخرجات الوظيفيـة باسـتخدام مقيـاس الوظـائف المهنيـة والاجتماعية Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) والمقياس المختصر لجودة الحياه التابع لمنظمة الـصحة العالميـة World Health Organization Quality of Life WHOQOL. وبالنـسبة لاختبارات المعرفة العامة والمعرفة الاجتماعية استخدمت فى هذه الدراسة شاشات عرض تعتمد على اللمس[1]، وتم تقدير الذكاء الانفعالى، وتم اسـتخدام البطاريـة العصبية التكاملية Integ Neuro Battary وهى تستخدم لتقدير سبعة جوانب وهى (سرعة معالجة المعلومات، والذاكرة اللفظية، ووسع الـذاكرة العاملـة، والانتبـاه المتواصل/ اليقظة، الوظيفـة الحـسية الحركيـة، التجهيـز اللفظـي، والوظيفـة الاستدلالية). وقد أبدى مرضى الفصام قدرتهم على التواصل والتفاعل مـع هـذه البطارية والتكنولوجيا التى تعتمد على اللمس، كما أن المرضى قد أبـدوا قـصوراً عبر كل الجوانب الخاصة بهذه البطارية مقارنة بمجموعة الأسوياء وخاصة بالنسبة لوسع الذاكرة العاملة يليها الذاكرة اللفظية والانتباه. وتعد هذه العوامل منبئـاً قويـاً بالوظائف الاجتماعية المضطربة لدى مجموعة الفصام فى النوبة الأولى. وبالنسبة لجودة الحياه كان هناك قصوراً لدى المرضى فى أوجه الرضا الصحى والاجتماعى والنفسى. والخلاصة أن هذه الدراسة قد استطاعت تقدير جوانب معرفيـة عامـة وتقدير جوانب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، والتى كانت منبئـاً جيـداً

(1) Touch screen platform .

بمخرجات العالم الواقعى؛ ولذلك يحتمل أن يكون ملائماً للتطبيقات الإكلينيكية، والتى تهدف لتقديم علاجات جديدة للمعرفة والمعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

وفى هذا السياق قام بيجنينبورج وآخرون (Pijnenborg, Withaar, Evans, Bosch, Timmermans& Brouwer, 2008) بدراسة هدفها بحث مساهمة المعرفة الاجتماعية (نظرية العقل، الإدراك الانفعالى) فى التنبؤ بالوظائف المجتمعية، وبحث ما إذا كانت العمليات التى ترتبط بالوظائف المجتمعية التكيفية تتبأ أيضاً بالمخرجات الوظيفية لدى عينة ضابطة من الأسوياء. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة تم تقييم (46) من مرضى الفصام و(53) من الأسوياء باستخدام بطارية اختبارات المعرفة الاجتماعية والمعرفة العامة، واستخدم مقياس الوظائف الاجتماعية لتقدير الوظائف المجتمعية، وتم تقدير الأعراض النفسية لدى عينة المرضى. ووجد أن المقياس المركب للمعرفة الاجتماعية لدى عينة المرضى يسهم فى التنبؤ بالوظائف المجتمعية بنتائج تتجاوز التباين الذى يفسر من خلال المعرفة العامة؛ حيث لم يسهم أى مقياس للمعرفة الاجتماعية منفرداً فى التنبؤ بهذه الوظائف، وكشف هؤلاء المرضى عن قصور خاص فى الرعاية الذاتية والمهارات الحياتية مقارنة بنظرائهم من المجموعة الضابطة. وبالنسبة لمجموعة الأسوياء لم يكن هناك أى ارتباط بين المعرفة الاجتماعية والمعرفة العامة والوظائف المجتمعية.

واستكمالاً للعلاقة القائمة بين المعرفة الاجتماعية بجوانبها المختلفة والمخرجات الوظيفية نجد أن مرضى الفصام يشيع لديهم فقر الاستبصار واضطراب نظرية العقل، وهذا ما ينبأ بالعجز الإكلينيكى العام وضعف المخرجات

الوظيفية، ومن ثم هدفت دراسة بوسا وآخرين (Pousa, Duno, Navarro& Jordi, 2008) لاستكشاف العلاقة بين هذه الظواهر. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة تم تضمين (61) من مرضى الفصام فى الحالة المستقرة، وتم تقدير نظرية العقل باستخدام مهمة تسلسل الصور Picture sequencing task ، وتم تقدير الاستبصار باستخدام مقياس عدم الوعى بالاضطرابات العقلية. وقد أجرى تحليل الانحدار الخطى متعدد المتغيرات لتقدير القيمة التنبؤية للاستبصار بنظرية العقل مع الأخذ فى الاعتبار عديد من عوامل الخطر المحتملة والمتغيرات المتفاعلة. وكشفت النتائج عن عدم وجود ارتباط دال ومباشر بين أى بعد من أبعاد الاستبصار ونظرية العقل باستخدام تحليل المتغيرين، ومع ذلك فإن هناك نموذجاً للانحدار الخطى الدال الذى يفسر (48٪) من التباين فى نظرية العقل، تم الكشف عنه فى التحليل متعدد المتغيرات، وهو يتضمن خمسة أبعاد للاستبصار وثلاثة متغيرات متفاعلة. ومن هنا تأتى الإشارة إلى أن الاستبصار ونظرية العقل من الظواهر المعقدة والمميزة لاضطراب الفصام، وتتوسط العلاقة بينهما متغيرات معرفية وعصبية وإكلينيكية ونفسية اجتماعية؛ حيث تعد نظرية العقل مطلباً أساسياً لوعى المرضى باضطرابهم لتفسير أعراضهم المرضية، ومعرفة أسباب أخرى للمرض العقلى، وما يترتب على ذلك من عدم الحاجة للأدوية.

وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك دليلاً واضحاً على العلاقة بين الوظائف الاجتماعية والجوانب المعرفية والمعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، على الرغم من أن طبيعة هذه العلاقة ما تزال غير واضحة. وتم التعامل فى هذه الدراسة مع ثلاث مجموعات تتضمن المجموعة الأولى (50) من الذهانيين فى

المرحلة الأولى من الذهان[1] (30 ذكراً، 20 أنثى) وكان متوسط أعمـــارهم (21) عاماً، وتم استبعاد من لديهم أى إصابة بالرأس أو أية اضطرابات عصبية. وتتضمن المجموعة الثانية (53) من مرضى الفصام متعددى النوبات[2] (38 ذكراً، 15 أنثى) وهم من المرضى غير المقيمين فى المستشفى ممن يتلقون أحد البرامج العلاجيـــة لاضطراب الفصام، وهم فى مرحلة الفصام المزمن، وغالبية المجموعة من غيـــر المتزوجين وهم بنسبة (77٪)، وكان متوسط أعمـــارهم (35) عامـــاً. وتتـــضمن المجموعة الثالثة (55) من المبحوثين غير الـــذهانيين كمجموعـــة ضـــابطة، تـــم مضاهاتها من حيث النوع (33 ذكراً، 22 أنثى) وكان متوسط العمر (21) عامـــاً، وتم التأكد من خلو هؤلاء الأفراد من أية اضطرابات نفسية سابقة أو لاحقة. وتـــم قياس الوظائف الاجتماعية باستخدام ثلاثة مقاييس مختلفة هى مقياس جودة الحياه، ومقياس الوظائف الاجتماعية ومقياس تقييم حل المشكلات المتبادلة. وتـــم تقـــدير المعرفة الاجتماعية. أما بالنسبة للجوانب المعرفيـــة تـــم اســـتخدام بطاريـــة مـــن الاختبارات تتسق مع البطاريات التى تستخدم على نطاق واسع مع مرضى الفصام؛ وذلك بتقدير الذاكرة اللفظية، والتعلم اللفظى السمعى، والذاكرة البصرية، والـــذاكرة العاملة. وتم تقييم الأعراض باستخدام مقياس الأعراض الموجبـــة والـــسالبة لـــدى مرضى الفصام، وبالنسبة لمجموعة مرضى الفصام فى كلا المجموعتين فقد أكملت التقييمات فى ثلاث جلسات وتم تكرار هذه التقييمات بعد سنة لاحقة. وكشفت النتائج عن قصور واضح فى الجوانب المعرفية وجوانب المعرفة الاجتماعية لدى مرضى

---

(1) First Episode Psychosis(FE).

(2) Multi- Episode Schizophrenia)ME).

الفصام متعددى النوبات ولدى المرضى الذهانيين فـــى النوبـــة الأولـــى مقارنـــة بالمجموعة الضابطة. وكان الأداء متوقعاً بالنسبة لمجموعتى المرضى والمجموعة الضابطة على مقياس حل المشكلات الاجتماعية، ومقياس الوظـــائف الاجتماعيـــة. ودعمت الدراسة الارتباط بين المعرفة والوظائف الاجتماعية، وتم ملاحظـــة هـــذا الارتباط بشكل طولى مـــن خـــلال المتابعـــة وعبـــر فتـــرات زمنيـــة مختلفـــة (Addington& Addington, 2008).

وعلى الرغم مما كشفت عنه كثير من الدراسات السابقة من أن القصور فـــى الأداء الاجتماعى من السمات المميزة لاضطراب الفصام، إلا أن هناك عدداً قلـــيلاً من الدراسات التى قامت ببحث تأثير الاستجابة الانفعالية على المخرجات الوظيفية والأداء الاجتماعى لدى الفصاميين. ويتمثل هدف الدراسة فى البدء بتوضيح العلاقة بين الاستجابة الانفعالية والمعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية لدى مرضـــى الفصام. وقد شارك فى هذه الدراسة (40) من المرضى المقيمين خارج المستـــشفى والمشخصين بالفصام أو الفصام الوجدانى، وشارك أيضاً (40) من الأسوياء كعينة ضابطة. وقد أكمل المبحوثون فى الدراسة مقاييس الاستجابة الانفعالية والمعرفـــة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى) والمخرجات الوظيفية. وقـــد كشف مرضى الفصام عن انخفاض الاستجابة الانفعالية بالنسبة للمنبهات الإيجابيـــة والسلبية، بالإضافة للعجز فى المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفيـــة، وذلـــك مقارنة بالمجموعة الضابطة. وكشفت النتائج أيـــضاً عـــن أن كـــلاً مـــن الإدراك الاجتماعى والاستجابة الانفعاليـــة قـــد ارتـــبط ايجابيـــاً بالمخرجـــات الوظيفيـــة (Mathews& Barch, 2010).

وقد قام أدينجتون وبيسكيوليك (Addington& Piskulic, 2010) بدراسة هدفها إعادة تحليل الدراسات المنشورة، والتى وجدت أن هناك علاقة دالة بين القصور فى المعرفة العامة، والمعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية، بالإضافة لمعرفة ما إذا كانت المعرفة الاجتماعية عاملاً وسيطاً بين المعرفة العامة والمخرجات الوظيفية، وهذا ما اشارت إليه دراسات سابقة مثل دراسة سيرجى وأدينجتون وبيسكوليك وآخرين (Sergi et al., 2006; Addington et al., 2006 a,b; Addington& Piskulic, 2010) وتضمنت عينة الدراسة (103) من مرضى الفصام منهم (53) مريضاً فى المراحل المزمنة للفصام، و(50) مريضاً فى المراحل الاولى للفصام. واستخدم لتحقيق هذا الهدف اختبار تحديد الهوية الانفعالية الوجهية، واختبار التمييز الانفعالى الوجهى، واختبار إدراك الدلالات الاجتماعية، واختبار التعرف على العوامل الموقفية. ولتقدير المخرجات الوظيفية تم استخدام مقياس جودة الحياة، ومقياس الوظائف الاجتماعية وتقييم حل المشكلات الشخصية، واستخدم تحليل المكونات الرئيسية[1] بالتناوب مع جميع مهام المعرفة الاجتماعية سالفة الذكر، وسميت بالعامل الأول (عامل المعرفة الاجتماعية) والمقاييس الفرعية الثلاثة لتقييم حل المشكلات الشخصية، والتى حملت على العامل الثانى (عامل المهارات الاجتماعية) ومقياس جودة الحياه والوظائف الاجتماعية، والذى حمل على العامل الثالث (عامل المخرجات الوظيفية). وأشار التحليل العاملى إلى أن المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية يمثلان مكونين منفصلين. ويبدو أن عامل المهارات الاجتماعية كان منفصلاً أيضاً على الرغم من ارتباطه بكلا

(1) Principal component analyssis

العاملين السابقين لأن المهارات الاجتماعية تتطلب تكامل قدرات المعرفة الاجتماعية.

تعقيب على البحوث والدراسات التى تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية:

بعد استعراض نماذج من البحوث والدراسات التى تناولت العلاقة بين المعرفة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية، لارتباط الكفاءة الاجتماعية بهذه المخرجات يمكن التعليق عليها إجمالاً كما يلى:

1- اهتمت هذه الفئة من الدراسات ببحث العلاقة بين المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة والمخرجات الوظيفية التى تتمثل أهم جوانبها فى الكفاءة الاجتماعية. وانتهت هذه الدراسات إلى أن المعرفة الاجتماعية تعد منبئاً بالمخرجات الوظيفية؛ وبالتالى فإن هناك علاقة بين اضطراب المعرفة الاجتماعية والقصور فى النتائج الوظيفية للسلوك. أنظر فى ذلك (Williams et al., 2008; Pijnenborg et al., 2008; Mathews& Barch, 2010). وأشارت دراسات أخرى إلى أن المعرفة الاجتماعية عامل وسيط بين المعرفة العامة والمخرجات الوظيفية، انظر دراسات (Sergi et al., 2006; Addington et al., 2006 a,b; Addington& Piskulic, 2010).

2- عدم توضيح بعض الباحثين لطبيعة الأدوات المستخدمة فى دراسته، كما فى دراسة بيجنينبورج وآخرين (Pijnenborg et al., 2008) حيث كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن المقياس المركب للمعرفة الاجتماعية

لدى عينة المرضى يسهم فى التنبؤ بالوظائف المجتمعية بنتائج تتجاوز التباين الذى يفسر من خلال المعرفة العامة، ولم يسهم أى مقياس للمعرفة الاجتماعية منفرداً فى التنبؤ بهذه الوظائف. وقد مثلت المعرفة الاجتماعية فى جانبين هما نظرية العقل، والإدراك الانفعالى، فكيف تجمع درجات هاتين المهمتين المنفصلتين فى درجة كلية؛ حيث لم يوضح باحثو الدراسة طبيعة المقياس المركب للمعرفة الاجتماعية.

3- اعتماد الدراسات التى تعنى بتقدير الوظائف المجتمعية على أساليب التقدير الذاتى، على الرغم من أننا بحاجة لتقدير هذه الوظائف فى العالم الواقعى، كما فى دراسة (Williams et al., 2008).

4- وبالنسبة للدراسات التى تسعى للكشف عن العلاقة بين المعرفة العامة، والمعرفة الاجتماعية والوظائف المجتمعية، كانت هناك إشارات إلى استخدام بطارية للاختبارات المعرفية، وعلى الرغم من ذلك لم تكن هناك إشارة واضحة لنوعية هذه الاختبارات. وظهر ذلك فى دراسة بيجنينبورج وآخرون (Pijnenborg et al., 20008).

تعقيب عام على البحوث والدراسات السابقة.

بعد عرض البحوث والدراسات السابقة التى أمكن الحصول عليها، ولها علاقة بموضوع الدراسة الحالية، يمكن عرض النقاط التالية:

1- إن أهم مقومات النقد العلمى تتمثل فى إبراز جوانب القوة والضعف، ومن الإنصاف أن نبدأ فى إبراز أهم جوانب القوة والتى تمثلت فيما يلى:-

أ- كبر حجم العينة فى بعض الدراسات؛ مما كان له أبلغ الأثر فى كفاءة التعامل مع متغيرات الدراسة، وعقد المقارنات المختلفة. كما فى دراسة ألين ونيلسون وزملائهم (Allen et al., 2007; Nelson et al., 2007). بالإضافة لكبر حجم عينة المرضى التى كانت مقسمة لمجموعتين فى بعض الدراسات مثل دراسة (Addington& Addington, 2008).

ب- أستخدام عينة ضابطة من الأسوياء بما يمكن من مقارنة نتائج المرضى بعينة الأسوياء مثل دراسة بيرتراند ونيلسون وزملائهم (Bertrand et al., 2007; Nelson et al., 2007) وذلك على سبيل المثال لا الحصر.

ج- استخدام التصميم الطولى فى دراسة الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام؛ مما يمكن الباحثون من متابعة نتائج الدراسة، والتحقق من مدى استقرارها أو تغيرها كما فى دراسة (Mueser et al., 1990a; Addington& Addington, 2008).

د- استخدام مقاييس متعددة لتقدير كل من المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة والكفاءة الاجتماعية والمخرجات الوظيفية والوظائف المعرفية؛ مما يتيح بحث هذه الظواهر من جوانبها المختلفة؛ كما فى دراسة (Addington& Addington, 2008; Addington &Piskulic., 2010).

2- انتهت الدراسات السابقة فى مجملها إلى عدد من النتائج أهمها وجود قصور فى المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام سواء ما يتعلق

بالمعرفة الاجتماعية بوجه عام أو مجالاتها النوعية ومن أمثلة هذه الدراسات (e.g. Allen et al ., 2007; Bertrand et al., 2007; Horan et al., 2009; Combs et al., 2009; Penn& Roberts, 2009; .Shean& Meyer, 2009; Piskulic et al, 2010).

3- اتضح من الدراسات السابقة أن أكثر مجالات المعرفة الاجتماعية اضطراباً لدى مرضى الفصام هو الإدراك الانفعالى. والذى يؤدى بشكل واضح للقصور فى المهارات الاجتماعية.

4- استخلص من نتائج الدراسات السابقة وجود اضطراب فى الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، بالإضافة لارتباطها بجوانب القصور فى المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة؛ ومن ثم يمكن أن تساعد نتائج الدراسة فى تنمية وصقل طرق العلاج للمعرفة الاجتماعية مما يؤتى بثماره فى تنمية المهارات الاجتماعية. وتؤكد هذه النتائج على أهمية القصور فى المهارات الاجتماعية كهدف أساسى لتنمية استراتيجيات تأهيلية جديدة.

5- ومن أهم جوانب القصور التى أشار إليها ميكبين وزملائه (McKibbin, Brekke, Sires, Jeste& Patterson, 2004) اعتماد كثير من الدراسات السابقة وخاصة تلك التى تعالج متغيرات الكفاءة الاجتماعية والوظائف الاجتماعية على مقاييس التقدير الذاتى والأداء داخل المختبرات وعدم تضمين مقاييس لتقدير الوظائف فى العالم الواقعى مثل دراسة (Addington& Addington, 2008).

6- وجود تحفظ على استخدام بعض الاختبارات فى بعض الدراسات مثل مهمة مضاهاة الجمل ومهمة جلبرت وبيلهام، لما لهما من تاريخ محدود من الاستخدام فى البحوث الإكلينيكية، على الرغم من أن النتائج المعروضة تدعم صدقهما، ولكن نظل آخذين بعين الاعتبار أنها مقاييس استكشافية جديدة (Penn et al., 2002). بالإضافة إلى أن هناك بعض الاختبارات التى تم استخدامها فى الدراسات السابقة والتى تعانى من ضعف الخصائص السيكومترية مثل اختبار العزو الداخلى الذى استخدمه فراجواز وزملاؤه (Fraguas et al., 2008) وذلك طبقاً لما أشار إليه الباحث نفسه، وعلى الرغم من ذلك فإنه يستخدم على نطاق واسع فى تقدير أسلوب العزو وخاصة فى الدراسات التى تبحث فى العلاقة بين أسلوب العزو والاكتئاب.

7- لا يمكننا المقارنة بين نتائج الدراسات السابقة وخاصة تلك التى تعنى بتقدير الكفاءة الاجتماعية؛ وذلك لاستخدام مقاييس شديدة التنوع فى تقديرها، تتراوح بين أساليب التقدير الذاتى والملاحظة التى تتم من خلال الفريق العلاجى واختبارات أداء الدور، والتى كانت من أكثر أساليب التقدير شيوعاً فى هذه الدراسات. وإذا نظرنا إلى محتوى اختبارات أداء الدور نفسها نجد أن بينها تنوعاً شديداً سواء فى مضمونها أو طرق عرض المواقف الافتراضية من خلالها، فمنها ما يقدم من خلال شرائط فيديو، ومنها ما يقدم من خلال الباحث نفسه.

8- صغر حجم العينات وخاصة العينات المرضية؛ حيث يوصى الباحثون

بتوسيع حجم العينات، ومقارنة جوانب القصور لدى مرضى الفصام بباقى الاضطرابات الأخرى. بالإضافة لإيجاد اتصال بين هذه الدراسات والدراسات البيولوجية الأخرى لسد الفجوة ولإيجاد علاجات ملائمة (Williams et al., 2008).

وعلى ذلك وبناءً على ماتم عرضه من مظاهر اضطراب المعرفة الاجتماعية ومجالاتها الثلاث والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وما تلا ذلك من الكشف عن العلاقة بين المعرفة الاجتماعية بمجالاتها المختلفة والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، والدراسات المختلفة التى سعينا من خلالها إلى استقراء العلاقة بين المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة من ناحية، والكفاءة الاجتماعية من ناحية أخرى، وما تلا ذلك من تعقيب على هذه الدراسات، فإننا سنسعى فى الخطوات القادمة نحو عرض نموذج تطبيقى لدراسة ميدانية قمنا فيها بمحاولة جادة لتجنب المحاذير المنهجية التى شابت البحوث والدراسات السابقة من خلال إعداد الأدوات الملائمة، والتحقق من خصائصها السيكومترية، مع وضع شروط وافية لاختيار عينتى الدراسة؛ ومن ثم بحث العلاقة بين مجالات المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، ومعرفة الفروق فى حجم الإسهام النسبى الذى تشكله المعرفة الاجتماعية فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام، وعمل المقارنات اللازمة بين عينتى المرضى والأسوياء فى المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية. وهذا سيمثل محور الاهتمام فى الفصل القادم.

الفصل الخامس

دور بعض متغيرات المعرفة الاجتماعية في التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعية (نموذج لدراسة ميدانية)

محتويات الفصل.

- أهداف الدراسة.
- مشكلات الدراسة.
- فروض الدراسة.
- التصميم المنهجي للدراسة.

أولاً: عينة الدراسة.

ثانياً: أدوات الدراسة.

ثالثاً: إجراءات التطبيق.

رابعاً: خطة التحليلات الإحصائية.

خامساً: نتائج الدراسة الميدانية.

الفصل الخامس

دور بعض متغيرات المعرفة الاجتماعية فى التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام

(نموذج لدراسة ميدانية)

مقدمة:

تتناول الدراسة بحث المعرفة الاجتماعية من خلال عدد من المجالات (الإدراك الاجتماعى، الإدراك الانفعالى، أسلوب العزو) ودورها فى التنبؤ باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام؛ ومن ثم تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

أهداف الدراسة:

1- بحث العلاقة بين المعرفة الاجتماعية متمثلة فى الإدراك الاجتماعى والإدراك الانفعالى وأسلوب العزو- من ناحية- والكفاءة الاجتماعية من ناحية أخرى- لدى مجموعة من مرضى الفصام.

2- معرفة حجم الإسهام النسبي الذي تشكله المعرفة الاجتماعية بمتغيراتها الثلاثة فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام مقارنة بالأسوياء.

3- الكشف عن الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام (البارانويدى وغير البارانويدى) فى المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية.

مشكلة الدراسة:

ويمكن بلورة مشكلة الدراسة فى التساؤلات التالية:

1- هل هناك علاقة بين جوانب المعرفة الاجتماعية (الإنراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية لدى كل من الأسوياء ومرضى الفصام؟

2- هل تسهم المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى كل من الأسوياء ومرضى الفصام؟

3- هل توجد فروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية؟

4- هل توجد فروق بين مرضى الفصام البارانويدى وغير البارانويدى فى جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية.

فروض الدراسة:

انطلاقا مما تم عرضه فى مشكلة الدراسة من تساؤلات، يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة على النحو التالي:-

1- هناك علاقة إيجابية دالة بين جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية لدى

كل من الأسوياء ومرضى الفصام.

2- تسهم المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى كل من الأسوياء ومرضى الفصام.

3- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية.

4- توجد فروق دالة بين مرضى الفصام البارانويدى وغير البارانويدى فى جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية.

التصميم المنهجي للدراسة:-

تستند الدراسة الراهنة إلى المنهج الوصفى الارتباطى المقارن؛ حيث نهدف إلى دراسة العلاقة بين بعض متغيرات المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، ومدى قدرة متغيرات المعرفة الاجتماعية على التنبؤ بالكفاة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، ثم مقارنة أداء هؤلاء المرضى بمجموعة ضابطة من الأسوياء.

أولاً: عينة الدراسة:-

تنقسم عينة الدراسة إلى عينتين فرعيتين:-

1- عينة مرضى الفصام:

تم اختيار مجموعة مكونة من (50) من مرضى الفصام الذكور المقيمين فى دار الاستشفاء والصحة النفسية بالعباسية، ومستشفى الطب النفسى ببنى سويف. وهؤلاء المرضى من المشخصين بالفصام من قبل الطبيب النفسى وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع (DSM-4). وقد اشتملت العينة على التشخيصات التالية: مرضى الفصام البارانويدى وعددهم (25) مريضاً، ومرضى الفصام غير البارانويدى وعددهم (25) مريضاً. وقد تراوح المدى العمرى لأفراد العينة بين (18- 45) عاماً. كذلك تم جمع بعض البيانات الخاصة بتاريخ آخر إقامة بالمستشفى، وعدد مرات الإقامة السابقة، ومدة الإقامة الحالية، والعمر عند بداية المرض، ومدة المرض. بالإضافة لبعض البيانات الخاصة بالعمر، والحالة الاجتماعية للمريض. وتم الحصول على هذه البيانات من المريض، والملف الخاص به، والاختصاصيين النفسيين، وفريق التمريض، والطبيب المعالج فى بعض الأحيان.

وقد روعى عند اختيار العينة عدد من الشروط نجملها فيما يلى:-

1- أن يكون المستوى التعليمي لأفراد العينة هو حصولهم على الشهادة الثانوية، أو ما يعادلها كحد أدنى؛ حتى يتسنى لهم فهم بنود المقاييس المختلفة.

2- تم أخذ متغير مدة الإقامة بالمستشفى فى الاعتبار؛ حيث روعى عند اختيار هؤلاء المرضى ألا تزيد مدة إقامتهم عن ستة أشهر؛ حتى لا يتأثر المريض بطول مدة تناول الأدوية المختلفة، ولكى نتفادى تأثير طول مدة الإقامة فى المستشفى على المريض.

3- ألا تكون هناك إصابات عضوية فى المخ لدى أى من المبحـوثين، وتـم التحقق من ذلك من خلال ملف المريض، والطبيب المعالج له.

4- اشترط أيضاً ألا يكونوا من مدمنى الكحوليات أو المواد النفسية المـؤثرة فى الأعصاب فى الفترة التى تسبق الدراسة، والتى تقدر عادة بستة أشهر.

5- استبعاد أى تشخيصات تتضمن وجود أى اضطرابات سمعية أو بصرية أو تأخر عقلى.

2- عينة الأسوياء:-

تم اختيار مجموعة مكافئة من الأسوياء الذكور وعددهم (50) مبحوثاً. وقـد روعى عند اختيار أفرادها ألا يكونوا قد شخصوا من قبل بأي من الاضـطرابات النفسية الواردة في الأدلة التشخيصية المختلفة، كما اشترط عدم وجود أى تـاريخ عائلى للإصابة بالاضطرابات النفسية. كما روعى التكافؤ بين أفراد هذه المجموعة وأفراد المجموعة المرضية في المتغيرات التي يتوقع تأثيرها علـى النتـائج مثـل النوع، حيث اختير جميع أفراد العينة من الذكور، كما روعى التكافؤ فى العمـر، وفيما يتعلق بالتعليم فقد حسب اعتماداً على متوسط سنوات التعليم.

ثانياً: أدوات الدراسة:-

قامت الباحثة بمحاولة استكشاف بعض المقاييس المتوفرة محلياً وعالمياً، والتى تهتم بتقدير متغيرات الدراسة؛ وذلك بهدف الوقوف على هذه المقـاييس، ومعرفـة مدى ملاءمتها لأغراض الدراسة الراهنة، ومدى ملاءمتها للثقافة المحلية التى سيتم فيها تطبيق هذه المقاييس؛ وبناءً على هذا تم الاستعانة ببعض الاختبارات الموجودة

فى التراث، وتعديل بعضها الآخر، وتصميم مقاييس أخرى. وفيما يلــى خطــوات إعداد المقاييس التى استخدمت فى تقدير متغيــرات المعرفــة الاجتماعيــة وهــى (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفــاءة الاجتماعيــة، وخصائصها السيكومترية.

(أ) مقياس الإدراك الاجتماعى (من إعداد الباحثة):-

يتكون المقياس من (47) بنداً، تقيس الإدراك الاجتماعى من خلال أربعة أبعاد وذلك على النحو التالى:-

1- تكوين الانطباعات على أساس المظهر الجسمى ونبرة الصوت[1]:

هو عبارة عن "مجموعة من الانطباعات التى يكونها الفرد عن الآخرين مــن خلال مظهرهم الجسمى الذى يتمثل فى (الوجه، والجاذبية الجسمية، والملبس) ونبرة الصوت (ما إذا كانت قوية أو ضعيفة، مرتفعة أو منخفضة) وما تثيره مــن دلالات تسهم بشكل أساسي فى نوعية الانطباعات التى يكونها الفرد عن الآخر".

2- تكوين الانطباعات على أساس الملامح البارزة[2]:

"هى تلك الصفات التى تكون لها القدرة على جــذب الانتبــاه، والتــى تميــز أشخاص معينين، بحيث تكون ملازمة لهم، بحيث إذا ذكر الشخص كانت من أهــم صفاته، كأن نذكر أهم الملامح المميزة للشاب وللمسن وللإنطوائى".

(1) physical appearance and tone of voice.
(2) Highlights

3- تكوين الانطباعات على أساس المخططات والأنماط الجامدة[1]:

أ- مخططات الذات[2]:

هى عبارة عن "مجموعة من الصفات التى يتصورها الفرد عن ذاته مثل (القدرة على فهم الآخرين، والتماس العذر لهم، والحكم على تصرفاتهم، ومعرفة سمات الشخص الآخر مثل كونه اجتماعى مثلاً، والتسامح مع الآخرين) ".

ب- مخططات الآخر[3]:

هى عبارة عن "مجموعة من السمات التى يشكلها الفرد ويتصورها عن الآخرين. وتدور بنود هذه الفئة حول (المؤشرات التى يتصورها الفرد بأنها مؤشرات لمستوى الذكاء أو مستوى التعليم، أو تصوره عن الصفات المميزة للرجال، أو تصوره عن توجهات الآخرين نحوه) ".

ج- مخططات تتعلق بالقوالب النمطية الجامدة[4]:

هى عبارة عن "مجموعة من الأفكار والتصورات التى يكونها الفرد عن جماعة معينة أو شعب معين، أو أصحاب مهنة معينة، أو موضوعات أو أشياء معينة. وتتعلق هذه التصورات بخصائص أفراد الجماعة الشخصية والجسمية والعقلية، وتكون مفرطة فى تعميمها. كأن يشيع عن المحامين مثلاً حب الجدل".

---

(1) schemas and Stereotype.
(2) Self Schemas
(3) Other Schemas
(4) Group Stereotype Schemas.

د- مخططات الحدث[1]:

"هى مجموعة من التصورات التى تتعلق بمواقف أو أحـداث معينـة، مثـل حفلات الزفاف والولائم، وهى توجه قراراتنا بكيفية التصرف فى هـذه المواقـف. ومن أمثلة هذه المخططات مخطط ركوب الطائرة، أو مخطط معامل التحليـل، أو مخطط زيارة الطبيب....الخ".

(ب) مقياس الإدراك الانفعالى (من إعداد الباحثة):

تكون المقياس من (40) بنداً، وهو يتكون من بعدين أساسيين هما:

بعد التعرف: ويستهدف هذا البعد قياس قدرة الفـرد علـى التعـرف علـى التعبيرات الوجهية الأساسية وهى (السعادة، الحزن، الدهشة، الاشمئزاز، الخـوف، الغضب). ويتم تقدير القدرة على التعرف على التعبيرات الوجهية من خلال عرض مجموعة مكونة من (20) صورة تعرض بشكل فردى، ويطلب من الفرد التعـرف على نوع التعبير الوجهى الذى يميز كل صورة، على أن يختار المشارك بديل من البدائل التالية وهى (السعادة، الحزن، الدهشة، الاشمئزاز، الخوف، الغضب).

بعد التمييز: ويقيس هذا البعد القدرة على التفرقة والتمييز بين التعبيرات الوجهيـة الأساسية وهى (السعادة، الحزن، الدهشة، الاشمئزاز، الخوفن الغضب). حيث يعـرض على الفرد مجموعة مكونة من (20) كارت، حيث يتضمن كل كارت صورة لتعبيـر وجهى تعرض على يسار الورقة، وأربعة صور على اليمين، ويطلب من الفرد اختيار الصورة التى تشترك مع الصورة التى على اليسار فى نفس التعبير الوجهى.

---

(1) Event Schemas.

(ج) **مقياس أسلوب العزو:**

1) قامت الباحثة بالاعتماد على المقياس الموسع لأسلوب العزو The Expanded Attributional Style Questionnaire (ASQ)، الذى أعده بترسون وفيلانوفا، وترجمه رضوان (شعبان جاب الله رضوان، 1998) وقامت الباحثة بإدخال بعض التعديلات هى كما يلى:

1- تم إلغاء بندين من بنود المقياس البند الأول هو (توضع تحت الاختبار بعد أن قطعت شوطاً فى عمل ما لتحديد إمكانية استمرارك فى هذا العمل) حيث كشف المرضى عن عدم قدرتهم على فهم هذا البند؛ نظراً لطبيعة صياغته المركبة. والبند الثانى هو (تعانى من مشكلات جنسية) حيث وجدت الباحثة أنه بمجرد ذكر هذا البند للمبحوث يبدأ المريض فى ذكر كثير من التداعيات المتعلقة بهذا الأمر، وصعوبة التغلب على هذا الشطط الفكرى وإرجاعة إلى بنود المقياس؛ لذلك فضلنا استبعاده، ليصبح العدد النهائى لبنود المقياس (21) بنداً.

2- إلغاء التدريج الخماسى، حيث تكون عناصر الإجابة فى بعد العزو الداخلى- الخارجى كالتالى: ترجع هذه المشكلة إلى شيئ يتعلق بى، ترجع هذه المشكلة إلى شيئ يتعلق بالآخرين والظروف. وبالنسبة لبعد الثبات- التغير تكون عناصر الإجابة ستتكرر هذه المشكلة باستمرار، لن تتكرر هذه المشكلة مرة أخرى. وبالنسبة لبعد العمومية- الخصوصية تكون عناصر الإجابة، تؤثر هذه المشكلة فى جوانب حياتى المختلفة، تؤثر هذه المشكلة فى جانب واحد من حياتى. وتتراوح الدرجة على هذين الاختيارين فى كل بعد بين (1، 2) على التوالى. وبالتالى تتراوح الدرجة على كل بعد من الأبعاد الثلاثة بين (21: 42)، وكلما انخفضت

الدرجة على البعد الأول والثانى والثالث كانت هناك إشارات لأن يكون عزو الفرد من نمط العزو (الداخلى- الثابت- العام)، وكلما ارتفعت درجة الفرد كـــان عـــزو الفرد من نمط العزو (الخارجى- المتغير- الخاص). وتجدر الإشارة إلى أنه لا يتم جمع درجات الأبعاد الثلاثة، لأنه لا يتم من خلال هذا المقياس الحصول على درجة كلية لأسلوب العزو، وإنما تحسب الدرجة لكل بعد من الأبعاد الفرعية الثلاثة.

(د) قائمة المهارات الاجتماعية لريجيو Social Skills Inventory (SSI)

تم الاعتماد على قائمة المهارات الاجتماعية، وهى من إعداد رونالد ريجيـــو (1989)، وقام عبد اللطيف محمد خليفة بنقلها إلى اللغة العربية. وهـــى تتـــضمن (90) بنداً موزعة على ستة مكونات فرعية بواقع (15) بنداً لكل مكون، وذلك على النحو التالى:-

1- مقياس التعبير الانفعـــالى Emotional Expressivity (EE). ويقـــيس مهارة الأفراد على التخاطب غير اللفظى، وقدرتهم علـــى التعبيـــر عـــن مشاعرهم، وحالتهم الانفعالية.

2- مقياس الاستشعار الانفعالي Sensitivity Emotional (ES). ويكشف عن قدرة الفرد على استقبال وتفسير أشكال التخاطب غير اللفظى الصادرة عن الآخرين.

3- مقياس الضبط الانفعالى Emotional Control (EC). ويتركـــز حـــول قدرة الفرد على ضبط تعبيراته الانفعالية وغير اللفظية بما يناسب الموقف الاجتماعى الذى يوجد فيه.

4- مقياس التعبير الاجتماعى Social Expressivity (SE). ويشير إلى مهارة الفرد على التعبير اللفظى ومشاركة الآخرين فى المواقف الاجتماعية.

5- مقياس الاستشعار الاجتماعى Social Sensitivity (SS). ويقيس قدرة الفرد على الاستقبال اللفظى، وفهمه لمعايير وقواعد السلوك الاجتماعى الملائم.

6- مقياس الضبط الاجتماعى Social Control (EC). ويشير إلى مهارة أداء الدور والتكيف مع المواقف الاجتماعية، والقدرة على تحديد مضمون ووجهة التخاطب أثناء التفاعل الاجتماعى. وقد ركز ريجيو فى إعداده لهذه المقاييس على نوعين من التخاطب، يتعلق أولهما بالتخاطب غير اللفظى أو الانفعالى، ويختص الثانى بالتخاطب اللفظى أو الاجتماعى. وأشار إلى أن المهارات الأساسية المتضمنة فى كل من هذين النوعين تتمثل فى مهارات الإرسال، ومهارات الاستقبال، ومهارات التنظيم أو الضبط.

بعض الشروط التى تم مراعاتها فى صياغة مقاييس الدراسة الراهنة:-

1- صياغة أغلب العبارات فى صيغة تقريرية، والتقليل إلى أدنى حد من صيغة النفى تيسيراً على المبحوثين؛ حتى لا يقعوا فى أخطاء، من قبيل عدم إدراك أن نفى النفى إثبات.

2- مراعاة التنوع فى البنود، بمعنى آخر وضع بنود فى اتجاه السمة المراد قياسها، وأخرى معكوسة تجنباً لتكون وجهه ذهنية لدى المبحوثين، والتى قد تؤثر فى دقة استجاباتهم. بالإضافة للتنوع فى الألفاظ التى تعبر عن الآراء والتصورات، وتلك التى تعبر عن المشاعر والحالات الوجدانية، والسلوكيات

المختلفة، عند صياغة عبارات مقياس الإدراك الاجتماعى، تجنباً لتكون الملل من جانب المبحوثين؛ نتيجة تكرار ألفاظ بعينها على مدار المقياس.

3- توزيع بنود المكونات الفرعية بشكل متوازن على مدار المقياس، تجنباً لتكون وجهة ذهنية للمبحوثين؛ نتيجة للتعامل مع فئة واحدة من السلوك.

الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة:-

أ) ثبات أدوات الدراسة:

تشير نتائج معاملات الثبات إلى أن جميع مقاييس الدراسة تتمتع بمعاملات ثبات جيدة، إلا أن هناك بعض المكونات الفرعية لقائمة المهارات الاجتماعية قد كشفت عن انخفاض معاملات الثبات الخاصة بها مثل مقياس التعبير والضبط الانفعالى، والاستشعار الاجتماعى لدى مرضى الفصام، فى حين كشف الأسوياء عن معاملات ثبات متوسطة ومرتفعة بالنسبة لهذه المقاييس؛ إلا أنه فى ظل انخفاض عدد بنود هذه المكونات قد لا يبدو الأمر مثيراً للتساؤل، وبصفة خاصة عند إجراء القسمة النصفية، والمثال على ذلك إجراء القسمة النصفية لمكون عدد بنوده خمسة عشر بنداً؛ وبالتالى ينخفض الثبات.

ب) صدق أدوات الدراسة:

تم تقدير صدق المقاييس الجديدة بتوضيح الإجراءات التى استخدمت فى الدراسة الراهنة. أما بالنسبة للمقاييس التى استخدمت من قبل فتم الاعتماد على تراكم النتائج والبيانات التى تستمد من الدراسات السابقة، والتى يمكن من خلالها تقدير صدق هذه المقاييس.

ثالثاً: إجراءات التطبيق:

اتبعت الباحثة بعض الإجراءات لاستكمال عملية التطبيق نوجزها فيما يلى:

1- تبدأ جلسات التطبيق على عينة مرضى الفصام بتعريف المبحوثين بهدف الدراسة التى سيشاركون فيها، ثم حثهم على التعاون، والتأكيد على سرية البيانات التى يتم الحصول عليها، وتترك له حرية المشاركة فى البحث.

2- تطبيق أدوات الدراسة تطبيقاً فردياً بطريقة المقابلة الشخصية، وطبقت بطارية الأدوات على كل مبحوث من مبحوثى الدراسة فى جلسة واحدة، تتخللها فترة راحة تقدر بعشر دقائق. واستغرقت الجلسة مدة زمنية تراوحت بين (60- 100) دقيقة. ثم طبقت هذه الأدوات على عينة من الأسوياء، وهى مكافئة لمجموعة المرضى فى العمر والسن ومستوى التعليم، وتم التطبيق بطريقة فردية أيضاً. وقد تم اللجوء للتطبيق الجمعى مع بعض أفراد عينة الأسوياء فى مجموعات صغيرة لا تزيد عن أربعة مبحوثين فى الجلسة الواحدة، إلا أن أغلب العينة طبق عليها تطبيقاً فرديا. واستغرق تطبيق الأدوات لديهم من (50: 80) دقيقة. واستغرق التطبيق إجمالاً خمسة أشهر؛ حيث بدأ التطبيق تحديداً من (16- فبراير، إلى 10يوليه 2012).

3- اتبع فى التطبيق الترتيب التالى للمقاييس:-

أ- مقياس الإدراك الاجتماعى.

ب- مقياس الإدراك الانفعالى ببعديه (التعرف، والتمييز).

ج- قائمة المهارات الاجتماعية.

د- مقياس أسلوب العزو.

4- فى حالة خضوع بعض المرضى لجلسات العلاج بالصدمات الكهربائية ECT، كان التطبيق يتم بعد آخر جلسة علاج بأسبوعين على الاقل.

5- تم استبعاد بعض الحالات فى عينة المرضى لعدد من الأسباب:

أ- عدم إكمال ثلاثة مبحوثين للإجابة على بطارية الاختبارات، لشعوره بالإرهاق أو الملل، أو عدم الرغبة فى استمرار الأداء. وحاولت الباحثة إقناع هؤلاء المبحوثين بالاستمرار بعد أخذ فترة من الراحة، ولكن أصر المبحوثون على الرفض.

ب- الخروج المفاجئ لأحد المرضى أثناء الأداء؛ حيث أتى أهل المريض بقرار للخروج من المستشفى، ورفضوا استكمال الأداء مع الباحثة.

ج- كما قامت الباحثة باستبعاد أربع حالات لاحظت فيها أن المبحوثين يؤدون بشكل عشوائى، أو دون تركيز، أو الاستمرار فى اختيار بديل واحد من ضمن بدائل الإجابة، ورفضهم تغيير هذه الوجهة، وذلك بعد اتخاذ إجراءات مختلفة لإعادتهم إلى التركيز المطلوب للإجابة على أسئلة الاختبارات، وتغيير وجهة الاستجابة. فقد حرصت الباحثة على أن تعبر الاستجابات تعبيراً حقيقياً عن المبحوث بغض النظر عن نوعية هذه الاستجابات. وبذلك يكون عدد من استبعدوا من الدراسة ثمانية مبحوثين، ووصل عدد من أكمل اختبارات الدراسة خمسين مبحوثا.

6- واجهت الباحثة بعض الصعوبات والمشكلات أثناء عملية التطبيق، والتى تتعلق بفقد الدافعية لاستكمال اختبارات الدراسة حتى النهاية؛ نظراً لطول البطارية وكثرة عدد البنود، حيث وصل عدد البنود (199) بنداً، وذلك رغم حرص الباحثة على اتخاذ بعض التدابير التى من شأنها المحافظة على دافعية المبحوثين، منها: البدء بمقياس الإدراك الاجتماعى وهو اختبار لفظى، ثم مقياس الإدراك الانفعالى الذى يحتوى على مجموعة من الصور التى تمثل تعبيرات وجهية مختلفة، حيث أبدى المبحوثون اهتماماً كبيراً به ورغبة كبيرة فى الأداء عليه، ثم باقى الاختبارات اللفظية كما أوضحنا سابقاً. بالإضافة إلى إعطاء فترة راحة أثناء التطبيق لمدة عشر دقائق؛ حتى لايعانى الفرد من الملل، ويستأنف نشاطه بحيوية.

7- تم تصحيح استجابات المبحوثين على الاختبارات الأربعة، ورصد الدرجات عليها.

رابعاً: خطة التحليلات الإحصائية:-

نقدم فيما يلى خطة التحليلات الإحصائية للبيانات، والتى تعيننا على الإجابة على أسئلة الدراسة. وتتمثل فيما يلى:-

1- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة لدى الأسوياء ومرضى الفصام.

2- استخدام معاملات الارتباط للكشف عن العلاقة بين بعض مجالات المعرفة الاجتماعية المتمثلة فى (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام والأسوياء.

3- تحليل الانحدار متعدد الخطوات للكشف عن الإسهام النسبى لكل من الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام.

4- استخدام اختبار (ت) للكشف عن الفروق بين مرضى الفصام والأسوياء فى المعرفة الاجتماعية التى تتمثل فى (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية، والكشف عن دلالة هذه الفروق.

5- استخدام اختبار (ت) للكشف عن الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى المعرفة الاجتماعية التى تتمثل فى (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية، والكشف عن دلالة هذه الفروق.

خامساً: نتائج الدراسة الميدانية:-

حيث نعرض نتائج التحليلات الإحصائية، والتحقق من مدى تأييدها لفروض الدراسة، والكشف عن حدود ما تم التوصل إليه من نتائج، ثم توضيح أوجه الاتفاق والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة، والنتائج التى كشفت عنها الدراسات السابقة، واستجلاء ما ينطوى عليه هذا الاتفاق أو التعارض من معان ودلالات نفسية، واستخلاص بعض التوصيات من خلال ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة، ثم بيان حدود إسهام الدراسة فى بحوث المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، وأخيراً ننتهى بعرض بعض الدراسات المقترحة.

وسنتناول فيما يلى مناقشة نتائج الدراسة وفقاً لفروضنا وذلك على النحو التالى:-

1-النتائج المتعلقة بالعلاقة بين متغيرات المعرفة الاجتماعية، والكفاءة الاجتماعية لدى عينتى الدراسة (الأسوياء، مرضى الفصام).

2- النتائج الخاصة بحجم الإسهام النسبى لمتغيرات المعرفة الاجتماعية وهى (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام.

3- النتائج التى تتعلق بالفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية.

4-النتائج التى تتعلق بالفروق بين مرضى الفصام البارانويدى وغير البارانويدى فى جوانب المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية.

1- العلاقة بين متغيرات المعرفة الاجتماعية، والكفاءة الاجتماعية لدى عينتى الدراسة (الأسوياء، مرضى الفصام).

سوف نناقش العلاقة بين كل متغير من متغيرات المعرفة الاجتماعية- على حده- فى علاقته بالكفاءة الاجتماعية كما يلى:

أولاً: علاقة الإدراك الاجتماعى بالكفاءة الاجتماعية:

كشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض الأول جزئياً؛ حيث وجدت علاقة بين الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. كما وجدت علاقة بين الإدراك الاجتماعى وكل من الدرجة على التعبير الانفعالى والاستشعار الانفعالى والضبط الانفعالى، فى حين لم توجد علاقة بين الدرجة الكلية للإدراك الاجتماعى وباقى المقاييس الفرعية للكفاءة الاجتماعية، وهى التعبير الاجتماعى والاستشعار الاجتماعى والضبط الاجتماعى. وبالنسبة لمرضى الفصام ارتبط الإدراك الاجتماعى بالمهارات الاجتماعية. وارتبط الإدراك الاجتماعى بالاستشعار الانفعالى والاستشعار الاجتماعى والضبط الاجتماعى، فى حين لم يرتبط الإدراك الاجتماعى بالتعبير الانفعالى والضبط الانفعالى والتعبير الاجتماعى.

ونلاحظ من النتائج السابقة ارتباط الإدراك الاجتماعى بالجانب الانفعالى للمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. وإذا نظرنا فى مجمل النتائج السابقة لوجدنا أن العلاقة بين الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية التى تم الكشف عنها فى هذه الدراسة له ما يدعمه من الدراسات السابقة، والتى تم فيها التأكيد على وجود علاقة ارتباطية بين الإدراك الاجتماعى غير اللفظى، والتكيف الاجتماعى، والرضا، والمهارات الاجتماعية الجيدة لدى الأسوياء (Ihnen et al., 1998).

ومما يدعم العلاقة بين المهارات الاجتماعية والإدراك الاجتماعى أن النجاح فى المواقف الاجتماعية يتوقف على دقة إدراكاتنا الاجتماعية، سواء أكانت إشارات عابرة غير لفظية، أو تلميحات لغوية، أو مؤثرات صوتية؛ حيث أن الإدراك الاجتماعى يوفر للشخص مصدراً معرفياً اجتماعياً للحصول على معلومات تفيد فى

إشباع دوافعه، وتحقيق أهدافه، وتفادى الضرر والأذى، والتكيف مع الآخرين (أسامة محمد الغريب، 2010: ص 62). ويرى فهد الدليم (فهد بن عبد الله الدليم، 2005) أن تحقيق التوافق الاجتماعى والأداء المهارى الاجتماعى المناسب يرتبط بمتغيرات أخرى كالإدراك الاجتماعى والمهارات اللفظية وغير اللفظية.

وتكشف بعض الدراسات عن أن غير الماهرين اجتماعياً أقل قدرة على إدراك وتمييز الهاديات المتضمنة فى العلاقات الشخصية، كما أن من لديهم نقص فى الكفاءة الاجتماعية يعانون من أخطاء فى الانتباه والإدراك، من قبيل الفشل فى التقاط الهاديات من البيئة، والتركيز غير التكيفى على منبهات غير متعلقة بالأداء، مثل التأثر بوجود آخرين والعزو والتوقعات (طريف شوقى، 2003: ص 70).

وبالنسبة لمرضى الفصام تعد الوظائف الاجتماعية- وهى أحد مؤشرات الكفاءة الاجتماعية- من المحكات القليلة التى يجب أن يصنف اضطراب الفصام بناءً عليها. وتجدر الإشارة إلى أن الوظائف الاجتماعية الناجحة تتطلب التكامل بين كثير من المهارات، ومن أهم هذه المهارات مهارات الإدراك الاجتماعى التى تتضمن ترميز وتفسير الدلالات الاجتماعية للآخرين، وقد تكون هذه الدلالات الاجتماعية لفظية أو غير لفظية. وقد تم الإشارة إلى الدلالات غير اللفظية منذ عام (1965) على يد دارون، واستمرت الإشارة إليها حتى عام (2002) كما فى دراسة تومى وزملاؤه (Toomy et al., 2002). ويشير كثير من الباحثين إلى أن الإدراك الاجتماعى يرتبط بالوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام من بينهم (Penn et al., 2001; Brune, 2005; Pinkham& Penn, 2006; Couture et al., 2006).

ومما يدعم دور الإدراك الاجتماعى وارتباطه بالكفاءة الاجتماعية ما أشار إليه (Rus- Calafell et al., 2013) من أن أهم أهداف التدخل النفسى الاجتماعى لاضطراب الفصام هو تنمية الوظائف الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى؛ لذلك سعت كثير من المناحى العلاجية الحديثة نحو التدريب على المهارات الاجتماعية، والتى تهدف إلى تنمية جوانب سلوكية أساسية يأتى فى مقدمتها الإدراك الاجتماعى كهدف أساسى من أهداف تنمية الكفاءة الاجتماعية، مما يشير على الدور المحورى الذى يؤديه الإدراك الاجتماعى فى تنمية المهارات الاجتماعية.

ونلاحظ عدم ارتباط الإدراك الاجتماعى ببعض جوانب المهارات الاجتماعية وهى: التعبير الانفعالى والضبط الانفعالى والتعبير الاجتماعى لدى مرضى الفصام؛ فقد تكون هناك بعض الأسباب المحتملة وراء ذلك منها نوعية المرض ومدته وطبيعة العلاج، وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أن تعامل الدراسة مع المرضى المقيمين داخل المستشفى كان له أثر فى عدم وضوح هذه العلاقة. ومما يدعم ذلك ما توصل إليه بعض الباحثين من أن تقدير العلاقة بين الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المقيمين خارج المستشفى مهم لعدد من الأسباب هى:

1- الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية من الأمور الحساسة للتغيرات الأساسية للاضطراب (Penn et al., 1995; Penn et al., 1996)؛ حيث لا يمكننا أن نعمم النتائج التى تم الحصول عليها من الدراسات السابقة، والتى أجريت على المرضى المزمنين المقيمين داخل المستشفى على المرضى المقيمين خارج المستشفى (Ihnen et al., 1998).

2- هناك بعض الأدلة التى تشير إلى أن قصور الإدراك الاجتماعى يكون موجوداً حتى أثناء فترة إقامة المرضى داخل المستشفى، والذى يمكن أن يفسر فشل الأداء الاجتماعى، ويؤدى بدوره إلى زيادة معدلات الانتكاس؛ لذلك فإن دراسة العلاقة بين الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية لدى المرضى الخارجيين يمكن أن يكون له تطبيقات علاجية هامة. ونحن قد ركزنا على المرضى ذوى الإقامات القصيرة فى المستشفى لبحث اضطراب الإدراك الاجتماعى لديهم وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية.

بالإضافة إلى أن تركيز البحوث فى مجال الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام على عمومية القصور أو خصوصيته أكثر من تركيزها على الدلالة الوظيفية للاضطراب (Penn et al., 1997). كان له أثر واضح فى ضعف الاهتمام بدور الإدراك الاجتماعى فى اضطراب الكفاءة الاجتماعية؛ لذلك فإن مساهمة الإدراك الاجتماعى فى القصور الاجتماعى- والذى يبرز من خلال ضعف المهارات الاجتماعية- لدى الفصاميين أقل فى درجة فهمه من مساهمة عوامل أخرى (Ihnen et al., 1998). وهذا ما يدعم دور الدراسة الراهنة فى استكشاف هذه العلاقة.

ثانياً: علاقة الإدراك الانفعالى بالكفاءة الاجتماعية:

لم تكن هناك أى ارتباطات دالة بين الإدراك الانفعالى، أو التعرف على التعبيرات الانفعالية الوجهية، أو التمييز بين التعبيرات الانفعالية الوجهية، والمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. ولم يرتبط الإدراك الانفعالى بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وإنما ارتبط بالضبط الاجتماعى فقط. وبالنسبة

لجانبى الإدراك الانفعالى، نجد أنه لم يكن هناك ارتباط بين التعرف على التعبيرات الانفعالية الوجهية والمهارات الاجتماعية ومقاييسها الفرعية لدى مرضى الفصام. أما التمييز بين التعبيرات الانفعالية الوجهية فكان هناك ارتباط بينه وبين الضبط الاجتماعى لدى هؤلاء المرضى.

يتضح من النتائج السابقة عدم وجود علاقة بين الإدراك الانفعالى ومكوناته الفرعية (التعرف، التمييز) والمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. واقتصر وجود العلاقة الارتباطية فى حدود ضيقة على بعض المقاييس الفرعية للإدراك الانفعالى ونظيراتها من المقاييس الفرعية للمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. ويتفق جانسينس وآخرون(Janssens et al., 2012) مع النتائج السابقة؛ حيث كشفت دراسته عن عدم وجود ارتباط بين الإدراك الانفعالى وخاصة التعرف الانفعالى الوجهى والوظائف الاجتماعية فى الحياة اليومية، وذلك لدى المرضى والأسوياء على حد سواء.

وفى هذه الصدد يشير أينن وآخرون (Ihnen et al.,1998) إلى ضعف الارتباط بين التعرف الانفعالى الوجهى والمهارات الاجتماعية. ويشير ماير وكورتز (Meyer& Kurtz, 2009) إلى أن البيانات حول العلاقة بين الإدراك الانفعالى والأداء الذى يعتمد على المهارات الاجتماعية والوظائف المعرفية العصبية لا يزال محدوداً.

ولاشك أن هذه النتائج كانت من أهم النتائج التى تعارضت بشكل واضح مع تراث طويل من الدراسات السابقة؛ حيث أشارت أندريسين وأولسين عام (1982) إلى أن مرضى الفصام يوصفون بشكل تلقائى بأن لديهم قصوراً فى الأعراض السلبية

والإيجابية والمعرفية. وأضيف إلى ذلك حديثاً وجود اضطراب فى المعرفة الاجتماعية، والتى تتضمن الإدراك الانفعالى الوجهى، والعمليات الانفعالية، ونظرية العقل. وتكتسب هذه المجالات أهميتها من أنها يمكن أن تؤثر سلبياً فى أداء مرضى الفصام لوظـائفهم المهنية والاجتماعية؛ وبالتالى ضعف مهاراتهم الاجتماعية (Kee et al., 2003).

وتدعيماً لنتائج الدراسات السابقة قام ميوسر وآخرون (Mueser, Doonan, Penn, Blanchard, Bellack& Nishith, 1996b) بدراسـة العلاقـة بـين اضطراب الإدراك الانفعالى واضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفـصام. ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار مجموعتين أولهما من مرضـى الفـصام المـزمن وعددهم (28) مريضاً، والثانية من الأسوياء وعددهم (15) مبحوثاً. وتم اسـتخدام اختبار الإدراك الوجهى لبينتون؛ حيث طبق هذا الاختبار على مرضـى الفـصام المزمن والمجموعة الضابطة، وتم تقدير المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية. وأشارت النتائج إلى ارتباط اضطراب الإدراك الانفعـالى الـوجهى باضـطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

وفى هذا الصدد أشار كى وزملاؤه (Kee et al.,1998) إلى انخفاض قـدرة مرضى الفصام على التحديد الدقيق للتعبيرات الانفعالية للآخرين. ويـرتبط هـذا العجز الإدراكى بالقصور فى الوظائف الاجتماعية، ويبدو أن القصور فـى إدراك التعبيرات الانفعالية يؤدى إلى آثار اجتماعية ضارة مثل سوء فهم انفعالات الآخرين وسوء تفسيرها؛ وبالتالى إصدار استجابات غير ملائمة من الناحية الاجتماعية.

وتجدر الإشارة إلى أن التواصل الانفعالى أحد جوانب المهارات الاجتماعيـة؛ وبالتالى فإن التعرف علي الانفعالات وفهمها والتمييز بينها- وهى مـن الوظـائف

المتضمنة فى مهمتى الإدراك الانفعالى التى تعنى الدراسة بتقـديرها- مـن أهـم العوامل المشكلة لمفهوم التواصل الانفعالى. ومن أهم مظاهر اضطرابات التواصل الانفعالى التى تشكل سلوك الفرد داخل المجتمع وبالتالى كفاءته الاجتماعية، صعوبة فهم وتفسير انفعالات ومشاعر الآخرين، الذى يـؤدى إلـى اضـطراب علاقـات التواصل الاجتماعى بينه وبين الآخرين. وهناك أمثلة كثيرة لتعبيرات جـسمية أو وجهية يؤدى سوء فهمها إلى صعوبات فى التواصل الاجتماعى مع الآخرين مـن بينها رفع الذراع للتهديد، أو وضع اليد على الورك تعبيراً عن الغضب، وتعبيرات الوجه مثل ابتسامة الاستخفاف التى تظهر التهكم، وتقطيب الوجه دلالة على الإنكار وعدم التصديق، والصوت الناعم المنخفض الدال على الاعتذار أو الندم. كل هـذه التعبيرات لا يفهم دلالتها الشخص الذى لديه قـصور فـى التواصـل الانفعـالى الاستقبالى، والذى من شأنه أن يؤدى إلى قصور فى كفاءة الفرد داخـل المجتمـع (محمد السعيد أبو حلاوة، ص 3).

ومن بين الدراسات التى تتعارض نتائجها مع نتائج الدراسة الراهنة، دراسـة نينو وزملاؤه (Nienow et al, 2006) والتى تشير إلى وجود علاقة إيجابية بين الإدراك الانفعالى والكفاءة الاجتماعية، من خلال بحـث العلاقـة بـين الانتبـاه المتواصل والإدراك الانفعالى والمهارات الاجتماعية لـدى (54) مـن مرضـى الفصام. وكشفت نتائج هذه الدراسة عن وجـود علاقـة بـين الإدراك الانفعـالى والمهارات الاجتماعية. ويشير بعض الباحثين إلى أن مقيـاس الدقـة فـى إدراك الوجوه السعيدة، وهو أحد مقاييس الإدراك الانفعالى الوجهى يـرتبط بالمهـارات الاجتماعية المقدرة (Meyer& Kurtz, 2009).

كما وجد أن الإدراك الانفعالى يتوسط العلاقة بين الانتباه والعلاقات الاجتماعية. ودعمت دراسة فاسكين وآخرون (Vaskinn, Sundet, Friis, Simonsen, Birkenaes& Jonsdottir, 2008) هذه النتائج؛ حيث توصلوا فى دراستهم إلى أن مهارات الإدراك الانفعالى تتوسط جزئياً العلاقة بين الوظائف المعرفية العصبية والمهارات الاجتماعية الملاحظة. وعلى الجانب الآخر قام كوهين وزملاؤه (Cohen, Forbes, Mann& Blanchard, 2006) بدراسة لبحث العلاقة بين المعرفة العامة والإدراك الانفعالى واختبار أداء الدور الاجتماعى ومقاييس الوظائف المجتمعية، وكشفت النتائج عن أن العلاقة بين الإدراك الانفعالى والمهارات الاجتماعية تتوسطها مقاييس الانتباه والذاكرة اللفظية وغير اللفظية.

وامتداداً للدراسات السابقة أشار كومبس وآخرون (Combs et al., 2008) إلى أنه لو تم تحسين الإدراك الانفعالى فإن ذلك يمكن أن يؤدى إلى تحسين الوظائف الاجتماعية، وتحسين جودة الحياه للأفراد الذين يعانون من الاضطراب؛ وبالتالى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية. ونخلص مما سبق أن مهارات الإدراك الانفعالى تؤدى دوراً محورياً فى أى نموذج للمعرفة الاجتماعية بالإضافة إلى أى نموذج للكفاءة الاجتماعية (Meyer& Kurtz, 2009). وبالتالى فإن هناك إشارات من خلال نتائج الدراسات السابقة إلى وجود علاقة بين الإدراك الانفعالى والكفاءة الاجتماعية، وهذا ما لم يتحقق فى دراستنا الراهنة.

وقد يرجع السبب وراء تعارض نتائج دراستنا الراهنة مع نتائج الدراسات السابقة والخاصة بعدم وجود علاقة بين الإدراك الانفعالى والمهارات الاجتماعية إلى طرق القياس المستخدمة فى الدراسة الراهنة لتقدير كلا المتغيرين (وهى استخدام

طرق التقدير الذاتى)؛ مما قد يسهم فى انخفاض دقة البيانات المستخرجة باستخدام هذه الطرق. وفى هذا الصدد أشار تومى وآخرون (Toomey et al., 2002) إلى أن المقاييس التى تستخدم فى تقييم تفسير التعبيرات الوجهية لدى الفصاميين لم تكن ممثلة للتفاعلات فى الحياه الواقعية؛ **وذلك لسببيين أولهما:** أن هذه المقاييس ما زالت تستخدم الصور الفوتوغرافية، والتى لا تماثل الانتقال السريع فى الحياه اليومية. ويؤيد بيهر وزملاؤه (Beher et al., 2011) ذلك بقولهم إن استخدام معظم الدراسات السابقة لمنبهات انفعالية ثابتة (الصور) لتقدير قدرات الإدراك الانفعالى يؤدى إلى القصور فى تفسيرات نتائج هذه الدراسات، والتى تتناول اضطراب الإدراك الانفعالى الوجهى لدى مرضى الفصام. ووجد أن المنبهات التعبيرية الانفعالية المتحركة مثل (شرائط الفيديو) هى أكثر صدقاً، ويمكن من خلالها إجراء تقييم شامل للقصور فى الإدراك الانفعالى الوجهى؛ لذلك فإن تقدير القصور فى الإدراك الانفعالى الوجهى بهذا النمط الصادق لدى أنماط فرعية سوف يعطى فهماً جيداً لأنماط الخطأ فى تحديد المنبهات الانفعالية الوجهية وعلاقتها بالاضطراب النفسى. وقد استخدمنا فى دراستنا الراهنة تلك المنبهات الانفعالية الثابتة للصعوبة التى وجدتها الباحثة فى الحصول بدائل أكثر صدقاً؛ مما قد يؤثر على كفاءة تقييم قدرات الإدراك الانفعالى لدى الأسوياء والمرضى على حد سواء.

وثانيهما اقتصار الدلالات غير اللفظية على الوجه فقط، وهذا أيضاً يعد من الامور غير الواقعية؛ نظراً لأن الوجه يعد واحداً من الدلالات غير اللفظية التى تسير جنباً إلى جنب مع دلالات أخرى مثل نبرة الصوت والايماءات. وهناك عدد قليل من الدراسات هى التى تتناول هذه الجوانب بشكل متكامل (Toomey et al., 2002).

ويمكن القول أيضاً أن التناقض الذى نلاحظه بين نتائج الدراسة الراهنة ونتائج بعض الدراسات السابقة ربما يرجع إلى طبيعة الاختبارات المستخدمة فى تقدير مهمة الإدراك الانفعالى أياً كانت صورتها، فهناك بعض مهام التمييز الانفعالى التى تتطلب من المبحوثين تقدير التعبيرات الوجهية على مقياس ذى سبع درجات، فى حين أن اختبار تمييز الانفعال يتطلب من المبحوث تقييم القوة النسبية لنفس الانفعال (سعادة، حزن)، ويبدو أن هذه المهمة أسهل من الأخرى التى تتطلب اختيار درجة من سبع درجات لانفعال (السعادة، والحزن) وذلك بالنسبة لمرضى الفصام (Kosmidis et al., 2007).وبهذا المعنى يبدو أن هذه المهمة متشابهة فى متطلباتها لمهمة المضاهاة الانفعالية التى استخدمت فى الدراسة الراهنة، والتى أبدى المرضى أنهم أكثر ضعفاً فى آدائها من الأسوياء.

بالإضافة إلى أن تأثير العلاج بمضادات الذهان التى يتم التعامل بها مع مرضى الفصام، قد يسهم فى تباين البيانات التى يمكن أن تفسر نقص دلالة الفروق فى الدراسات السابقة. بالإضافة إلى أن معالجة انفعالات متعددة لها ركائز عصبية وبيولوجية محددة، والتى يحتمل أن تتاثر بالعلاج بمضادات الذهان؛ حيث كشفت الدراسة التتبعية التى قام بها بيهير وزملاؤه (Behere, subramanian, Arasappa, Reddy& Gangadhar, 2009) عن تأثير مضادات الذهان على الإدراك الانفعالى، وبصفة خاصة الإدراك الانفعالى للتعبيرات الوجهية التى تتضمن الاشمئزاز (Beher et al., 2011). وقد تعاملنا فى الدراسة الراهنة مع مرضى الفصام المقيمين داخل المستشفى، والذين يعالجون بمضادات الذهان، وتم التعامل مع ستة انفعالات وجهية، من الممكن أن تتأثر بهذه العلاجات، مما قد يفسر بدوره التعارض بين نتائج الدراسة ونتائج الدراسات السابقة.

هذا ما يتعلق بأساليب تقدير الإدراك الانفعالى، أما ما يتعلق بأساليب تقدير المهارات الاجتماعية فإن أساليب التقدير الذاتى تعانى من انخفاض الصدق البيئى؛ ويؤدى هذا إلى مشكلات فى المستوى النظرى، لأن الكثير من المقاييس التى يبدو فى ظاهرها أنها تقيس الكفاءة الاجتماعية إنما تقيس فى الحقيقة مدى ظهور أساليب سلوكية معينة، يفترض أنها تؤدى إلى مجرد نتائج إيجابية، والتى قد لا تكون هى المطلوب معرفتها بالضرورة (سوزان سبنس، 2000: ص 281 Janssens et al., 2012 ;). وبالمثل تدعى بعض الأساليب أنها تقيس المهارات الاجتماعية، بينما هى توجه فى الواقع أسئلة حول النتائج مثال السؤال التالى: هل يستطيع هو أو هى عقد صداقات بسهولة، فهذا السؤال يعكس نتائج وليس مهارة اجتماعية. ويتعين وضع هذا التمييز فى الاعتبار عند اختيار أدوات القياس. وذلك مقارنة بأساليب التقييم التى تعتمد على نتائج السلوك والمهارات الاجتماعية فى العالم الواقعى (سوزان سبنس، 2000: ص 281).

وفى هذا الصدد يشير بعض الباحثين إلى أن الأداء الوظيفى الاجتماعى يعد من أبعاد المخرجات الوظيفية المهمة لدى مرضى الفصام، وتعد المهارات الاجتماعية أحد أبرز مؤشرات المخرجات الوظيفية، والتى يتم تقديرها بأساليب مختلفة، منها أساليب التقدير الذاتى، ومعظم المقاييس التى تعنى بتقدير الأداء الاجتماعى بشكل مباشر تعد مضيعة للوقت- هذا على حد قول باتريسون وآخرين (Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson& Jeste, 2001). وترتبط الدرجات على مقياس تقييم أداء المهارات الاجتماعية بكفاءة الأداء الملاحظ فى نشاطات الحياة اليومية، وليس بمقاييس التقدير الذاتى للوظائف الاجتماعية أو الأداء الوظيفى.

والخلاصة أن التقدير المباشر للمهارات الاجتماعية يمكن أن يمدنا بصورة دقيقة للأداء الوظيفى مقارنة بأساليب التقدير الذاتى لدى المرضى الذين يعانون من نقص الاستبصار بالنسبة لسلوكهم الشخصى. بالإضافة إلى أن طرق التقدير الذاتى تتأثر بتقييم المرضى والفروق الثقافية، والأحداث الموقفية الحالية، والحالة المعرفية للمريض (Patterson et al., 2001; Janssens et al., 2012).

ويؤيد ميكبين وآخرون (McKibbin, Brekke, Sires, Jeste& Patterson, 2004) ذلك؛ حيث يرى أن اعتماد كثير من الدراسات على مقاييس التقدير الذاتى، والأداء داخل المختبرات، وعدم تضمين مقاييس لتقدير الوظائف فى العالم الواقعى تعد من أهم جوانب القصور التى توجه لهذه الدراسات. لأن المشكلات الخاصة بالوظائف الاجتماعية فى العالم الواقعى من المشكلات المنتشرة لدى مرضى الفصام مثل الاتصال بالآخرين، ومجالات العمل المهنى، والأداء المجتمعى العام، وكل ذلك من الأمور الموثقة على نطاق واسع لدى الأطياف المختلفة لدى مرضى الفصام؛ لذلك تكرس معظم الجهود فى الفترة الراهنة للكشف عن العوامل التى تسهم فى سوء الأداء (Couture et al, 2011).

إلا أن هناك بعض الباحثين لا يؤيدون هذا التوجه؛ حيث أشار ماكدونالد McDonald (1998) فى دراسته التى أجراها على عينة من مرضى الفصام قوامها (46) مريضاً. إلى أن المرضى الذين يحصلون على درجات أعلى فى المهارات الاجتماعية- من خلال أساليب التقدير الذاتى- يتميزون بأن لديهم شبكة أكبر من العلاقات الاجتماعية مقارنة بذوى الدرجات المنخفضة فى المهارات الاجتماعية (فى: شعبان جاب الله رضوان، 2006).

ويشير (Brune et al., 2009) إلى أنه لتجنب التداخل والارتباك الذى تسببه عملية التقييم عن طريق الأدوات اللفظية يتم التسجيل عن طريق الفيديو. ولزيادة الدقة إذا كان هناك عدم اتفاق بين الشخصين المقدرين على أحد التقديرات يتم إعادة التقييم واحترام المدة الزمنية؛ حتى يتم الوصول إلى قرار متفق عليه.

ثالثاً: علاقة أسلوب العزو بالكفاءة الاجتماعية.

كشفت دراسة العلاقة بين أسلوب العزو والكفاءة الاجتماعية عن عدد من النتائج هى كما يلى.

1- **بالنسبة للأسوياء:** ارتبط العزو الخارجى بالدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية وكل من التعبير الانفعالى والاستشعار الانفعالى والاستشعار الاجتماعى لدى الأسوياء. ولم يكشف العزو المتغير والعزو الخاص عن أى ارتباط بالمهارات الاجتماعية أومقاييسها الفرعية.

2- **مرضى الفصام:** ارتبط العزو الخارجى بمقياس فرعى واحد من مقاييس المهارات الاجتماعية، وهو الاستشعار الاجتماعى. فى حين لم يرتبط العزو المتغير والخاص بأى جانب من جوانب المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

وبالتالى تشير مجمل النتائج إلى أن العزو الخارجى قد كشف عن علاقة دالة بالمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء، ولم تكن هناك علاقة دالة بين العزو الخارجى والمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، ولم تكن هناك علاقة بين العزو المتغير والخاص والمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام على حد سواء.

ومما يدعم نتائج الدراسة الراهنة وما توصلت إليه من نتائج تتعلــق بوجــود ارتباط بين أسلوب العزو والمهارات الاجتماعية ما أشـــار إليــه طريــف شــوقى (طريف شوقى، 2003: ص 142) من أن العزو يعد مــن المحــددات المعرفيــة للمهارات الاجتماعية.

وإذا نظرنا فى مجمل النتائج التى تم التوصل إليها فى الدراسة الراهنــة نجــد أن العزو الخارجى قد ارتبط بالمهارات الاجتماعية وكل من التعبير الانفعالى والاستشعار الانفعالى والاستشعار الاجتماعى لدى الأسوياء، فقد يميل الفرد لعزو سلوك الآخــرين لاستعدادات شخصية وعوامل داخلية، وعزو سلوكه في المقابل لعوامل خارجية، فنجده مثلا ينسب فشله لعوامل خارجية، وفشل الآخرين لعوامل ذاتية (فحين يرسب الأخــر فلأنه قليل الذكاء، أما هو حين يرسب يكون ذلك بسبب أن المصحح متشدد ويضطهده) وفى المقابل ينسب نجاحه لعوامل ذاتية، ونجاحهم لعوامل خارجية (فهو ترقى لكفاءته، أماهم فلأن لهم أقارب مهمين) (طريف شوقى، 2009).

ويتفق ذلك مع ما أشار إليه وليم ولامبرت (وليم لامبــرت، ولاس لامبــرت 1993: ص 91) الذان أشارا إلى إن الميل إلى عزو سلوك شخص آخر إلى أسباب داخلية أو خارجية إنما هو أحد الصيغ التى نجمت عن بحوث العزو. وقد أجــرى جونز وزملاؤه أبحاثاً حول العوامل التى تسيطر على أنماط العزو التى يمارســها الناس. ورأى أننا قد نكون أكثر ميلاً إلى عزو عمل الآخــرين لأســباب داخليــة. ويمثل ذلك النمط من العزو أحد أخطاء تحيز العزو الأساسى الذى سبق الإشــارة إليه فى موضع سابق. وقد يؤدى ذلك إلى ضعف المهارات الاجتماعية لدى الفرد.

وبالنسبة لارتباط أسلوب العزو بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام فهناك

عدد قليل من الدراسات قد كشفت عن أن القصور فى عزو الحالة العقليـــة يـــسهم إسهاماً كبيراً فى السلوك الاجتماعى، أو الوظائف الاجتماعية؛ وبالتالى كفاءة هـــذه الوظائف، وهذا العزو يكون أكبر من حجم التباين، الذى يوضح بالمعرفـــة غيـــر الاجتماعية (Brune, 2005).

إن استخدام أسلوب العزو لدى مرضى الفصام سواء عن أنفسهم أو عن حياتهم يفترض أنه يؤدى دوراً مهماً فى القصور النفسى الاجتماعى. وعلى النقيض مـــن ذلك فإن هناك تنبؤات خاصة بأن نمط أسلوب العزو يعـــزى لجوانـــب القـــصور الاجتماعى. ومن خلال نموذج العجز المكتسب فإنه يحتمـــل أن تكـــون العوامـــل الداخلية والمستقرة والعامة حول أحداث الحياه السلبية لها تأثير ضار على الجوانب الوظيفية للسلوك؛ ففى اضطراب الاكتئاب يمكن أن ينظر إلى الأحداث السلبية على أنها نتيجة لعوامل مستقرة ودائمة تؤدى لانسحاب الفرد. ويمكن القول بأن الميل إلى عزو الأحداث إلى عوامل داخلية ومستقرة وعامة تؤدى بشكل عام إلـــى وظـــائف اجتماعية ضعيفة (Lysaker et al., 2003).

ويرى ليساكر وزملاؤه (Lysaker et al., 2003) أن أحداث الحيـــاه التـــى يعتقد أنها خارج تحكم الفرد وغير مستقرة تؤدى إلى دفع الفرد لأن يتوقـــف عـــن التأثير فى الأشياء المحيطة به، ويؤدى كذلك لانسحابه. ولاختبار هذه الفروض قام باحثو الدراسة باختيار (40) من مرضى الفصام، وطبق علـــيهم مقيـــاس أســـلوب العزو (ASQ) والذى يقيس الميل لعزو الفشل إلى عوامل داخلية ومستقرة وعامة، وتم تطبيق مقياس جودة الحياه(QOL) والذى يقيس الميل للتفاعل الاجتماعى، وهذا الميل يكمن وراء القدرات اللازمة للحفاظ على التفاعـــل الاجتمـــاعى والمـــشاركة المجتمعية لاستبعاد احتمال أن هذه العلاقة هى مجرد وظيفة لمستويات الأعراض،

والتى تم تقديرها من خلال اختبار تقدير الأعراض السلبية والإيجابية. وتم تطبيــق الانحدار المتعدد ثلاثى الخطوات، والذى يسمح باختبار عما إذا كانــت متغيــرات اختبار أسلوب العزو واختبار الأعراض الإيجابية والسلبية تسمح بالتنبوء بدرجات اختبار جودة الحياه مع التحكم فى العمر ومستوى التعليم. وكشفت نتائج الدراسة أن الميل لرؤية أحداث الحياه على أنها نتيجة لعوامل أو أسباب غير مستقرة أو غيــر متنبأ بها يرتبط بالقصور الاجتماعى، الذى لا يعتمد على مستوى الأعراض.

2- إسهام المعرفة الاجتماعيــة (الإدراك الاجتمــاعى، والإدراك الانفعــالى، وأسلوب العزو) فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى كــل مــن مرضــى الفــصام والأسوياء.

يتضح من عرض النتائج السابقة تحقق الفرض الثانى والخاص بوجود إســهام لمتغيرات المعرفة الاجتماعية كعوامل منبئة بالكفاءة الاجتماعية كمتغير تابع، وكانت هناك فروقاً دالة فى حجم الأسهام النسبى بالنسبة لمتغيرات المعرفة الاجتماعية فــى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية، حيث كشفت النتائج عن أن متغير العــزو الخــارجى- الذى يعد أحد أبعاد أسلوب العزو- هو أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالمهــارات الاجتماعية ككل والتعبير الانفعالى، والاستشعار الانفعالى، والاستشعار الاجتمــاعى لدى الأسوياء. فى حين اعتبر متغير تكوين الانطباعات من خلال المخططات وأبعاده الفرعية- وهو أحد أبعاد الإدراك الاجتماعى- هو أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبــؤ بالضبط الانفعالى، والضبط الاجتماعى، حيث كانت مخططات الحــدث مــن أكثــر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالضبط الانفعالى، فى حين كانت مخططات الذات أكثرها إسهاماً فى التنبؤ بالضبط الاجتماعى لدى الأسوياء.

واتضح من النتائج الخاصة بمرضى الفصام أن أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية وأبعادها الفرعية هى تكوين الانطباعات من خلال المخططات، حيث اعتبرت المخططات بوجه عام هى المتغير الوحيد الذى يسهم فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وتعد مخططات الحدث أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالتعبير الاجتماعى، فى حين تعد مخططات القوالب النمطية الجامدة ومخططات الذات أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالاستشعار الانفعالى والاستشعار الاجتماعى على التوالى. وأخيراً تعد المخططات بوجه عام من أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ الضبط الاجتماعى.

ونخلص من النتائج السابقة أن متغير العزو الخارجى كان أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. فى حين كان بعد تكوين الانطباعات من خلال المخططات- وهى أحد أبعاد الإدراك الاجتماعى- أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وثانى أبرز المتغيرات المسهمة فى التنبؤ بمجالات المعرفة الاجتماعية لدى الأسوياء.

وتتفق النتيجة الخاصة بدور الإدراك الاجتماعى فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية مع ما أشار إليه بعض الباحثين من أنه عند التعامل مع المهارات الاجتماعية كمتغير تابع، فمن المتوقع أن نبحث فى المتغيرات المنبئة، أو المحددات المسئولة عن التأثير فيها وتحديد مقدارها وطبيعتها. ومن بين المتغيرات المعرفية ذات الطبيعة الاجتماعية، والتى تؤثر فى المهارات الاجتماعية الإدراك الاجتماعى، وهو يعنى بقدرة الفرد على ملاحظة وإدراك سلوك الآخرين فى مواقف التفاعل الاجتماعى. ويشير مورلى Morly وزملاؤه إلى أنه يرتبط بدقة الفرد فى فهم

وتفسير السلوك الاجتماعى للآخرين، وهادياتهم غير اللفظية، وتحديد ماذا عليه أن يفعل بناءً على ذلك. وفى حالة عدم دقة هذا الإدراك فإن الفرد سيتصرف بطريقة غير ملائمة اجتماعياً. ويقترح موريسون وبيلاك Morrison& Bellack أن ضعف المهارات الاجتماعية قد يعزى إلى انخفاض كفاءة عملية الإدراك الاجتماعى، والتى تشير إلى القدرة على إدراك ومعالجة المنبهات فى العلاقات الشخصية. ومن خلال استقراء الانتاج الفكرى فى مجال المهارات الاجتماعية تتضح تلك الأهمية التى يتلقاها الإدراك الاجتماعى، سواء بوصفه أحد مكونات تلك المهارات، وعنصراً مهماً فى تعريفها، أو بوصفه عملية معرفية تسهم فى تشكيل السلوك المهارى، وأن أى خلل أو قصور فيها يؤثر سلبياً فى كفاءة هذا السلوك (طريف شوقى، 2003: ص142).

وبالنسبة لمرضى الفصام تشير نماذج الوظائف الاجتماعية إلى أن كلاً من العمليات المعرفية ومهارات الإدراك الاجتماعى تساهم فى فشل الأداء الاجتماعى لدى الفصاميين. وتؤكد النتائج الواقعية على العلاقة الارتباطية والتنبؤية بين العوامل المعرفية مثل الذاكرة اللفظية والانتباه والوظائف النفسية الاجتماعية لدى الفصاميين (Green, 1996). وتتسق هذه النتائج مع ما هو سائد، كما أنها تتوافق مع فرضيات نظرية الكفاءة الاجتماعية التى ترى أن الإدراك الاجتماعى يعد محدداً مهماً للمهارة الاجتماعية (Mueser et al., 1996)

وعلى الرغم مما لوحظ من خلال الدراسات السابقة من أهمية إسهام الإراك الاجتماعى فى الكفاءة الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام على حد سواء. إلا أنه كان هناك إغفال من قبل الباحثين لدور مهارات الإدراك الاجتماعى فى

التكيف الاجتماعى لدى الفصاميين، على الرغم من تأكيد علاقة الإدراك الاجتماعى غير اللفظى بالتكيف الاجتماعي والرضا والمهـــارات الاجتماعيـــة الجيـــدة لـــدى الأسوياء (Ihnen et al., 1998).

وفيما يتعلق بأسلوب العزو الذى اعتبر أكثر المغيرات إســـهاماً فـــى التنبـــؤ بالمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. أشـــار شـــوقى (طريـــف شـــوقى، 2003: ص142) إلى أن العزو يعد من المحددات المعرفية للمهارات الاجتماعية. وفى هذا الصدد يشير ليساكر وزملاؤه إلى أن هناك تنبؤات خاصة بأن نمط أسلوب العـــزو يعزى لجوانب القصور الاجتماعى (Lysaker et al., 2003).

ومع ذلك تشير نتائج الدراسة الراهنة إلى أن العزو لم يكن مـــن المتغيـــرات الأساسية فى إسهامها فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وتتعارض هذه النتيجة مع ما أشار إليه برون وزملاؤه (Brune, 2005) الذين قاموا ببحـــث منبئات الكفاءة الاجتماعية المضطربة لدى مرضى الفصام. وتناول الباحثون فـــى هذه الدراسة ثلاثة منبئات لاضطراب الكفاءة الاجتماعية هى: عزو الحالة العقليـــة، والوظائف المعرفية العصبية، ومنشأ المرض النفسى. وتهدف هذه الدراســـة إلـــى الكشف عن أكثر هذه المتغيرات تنبوءاً باضطراب الكفاءة الاجتماعية. ومن أجـــل تحقيق هذا الهدف تم اختيار (38) من المرضى المشخصين بالفصام، وتم مقارنـــة هذه المجموعة بمجموعة ضابطة من الأسوياء وعددهم (29) فرداً. وتشير النتـــائج إلى أن القصور فى عزو الحالة العقلية بمفرده يعد مسئولاً عن (50٪) من التنـــوع فى اضطراب السلوك الاجتماعى. ويخلص باحثوا الدراسة إلى أن القـــصور فـــى القدرة على إدراك الحالة العقلية للفرد أو الآخرين من المنبئـــات الفرديـــة الجيـــدة

باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، ويجب أن تتضمن في التعريفات المستقبلية الأساسية لأعراض الاضطرابات الفصامية.

وفى هذا الإطار أشارت بعض الدراسات إلى أن القصور فى عزو الحالة العقلية يعد من العوامل المنبأة باضطراب المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. وفى هذا الإطار قام (Brune et al, 2011) ببحث العلاقة بين المعرفة الاجتماعية وخاصة الوظائف التنفيذية، والمعرفة غير الاجتماعية وخاصة عزو الحالة العقلية، والمهارات الاجتماعية. ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على البيانات المستمدة من دراستين مستقلتين تنهضان بنفس هدف الدراسة، حيث جمعت عينتى الدراستين فى عينة واحدة تتكون من (69) مريضاً بالفصام. وكشفت النتائج عن أن عزو الحالة العقلية كان من أهم من العوامل المنبأة بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. ولم تتوسط المعرفة العامة- ممثلة فى الوظائف التنفيذية- العلاقة بين أسلوب العزو والمهارات الاجتماعية. ويخلص باحثو الدراسة إلى أن عزو الحالة العقلية من أهم قدرات المعرفة الاجتماعية التى تسهم فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام. لذلك يوصى باحثو الدراسة بضرورة تنمية قدرات المعرفة الاجتماعية وبصفة خاصة أسلوب العزو كوسيلة لتنمية المهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام.

وعلى الرغم من أهمية دور العزو فى القصور الاجتماعى، واضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، إلا أن هناك عدد قليل من الدراسات قد كشف عن أن القصور فى عزو الحالة العقلية يسهم إسهاماً كبيراً فى السلوك الاجتماعى أو الوظائف الاجتماعية. على الرغم من أن حجم القصور الاجتماعى

الذى يوضح من خلال أسلوب العزو أكبر من نظيره عندما درس فى علاقته بالمعرفة العامة غير الاجتماعية (Brune, 2005).

3- نتائج الفروق بين المرضى والأسوياء:

والذى ينص على وجود فروق بين مرضى الفصام والأسوياء فى جوانب المعرفة الاجتماعية بمختلف جوانبها والكفاءة الاجتماعية. وتشير نتائج الدراسة الراهنة إلى تحقق هذا الفرض جزئياً. وفيما يلى نتائج الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية كما يلى:

1- الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الإدراك الاجتماعى:

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن ما يلى:-

- أن هناك فروقاً دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الإدراك الاجتماعى، وتكوين الانطباعات على أساس المظهر الجسمى، وتكوين الانطباعات على أساس الملامح البارزة، وتكوين الانطباعات على أساس المخططات، والتى تتضمن مخططات الذات، ومخططات الأخر، ومخططات القوالب الجامدة.
- لم تكن هناك فروقاً دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى مخططات الحدث.

ومما يدعم وجود فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الإدراك الاجتماعى، ومعظم أبعاده الفرعية ما أشار إليه بعض الباحثين من أن مرضى الفصام يعانون من بعض جوانب القصور فى الإدراك الاجتماعى مقارنة بالأسوياء (Penn et al., 1996; Penn et al., 1997; Penn et al., 2002; Sergi&

(Nelson ويشير نيلسون وزملاؤه .Green, 2002; Toomey et al., 2002) (et al., 2007 إلى أن مرضى الفصام يعانون من وجود قصور عام على مقــاييس الإدراك الاجتماعى، مقارنة ب (95٪) من الجمهور العام. وتبرز أهمية هذه النتائج فى تمييز أداء مرضى الفصام بدقة كبيرة. حيث يختلف مرضـــى الفــصام عــن الأسوياء فى نمط الأداء. وهذا ما يؤدى لاقتراح أن هؤلاء الأفراد يحتاجون لنمط من التأهيل والإصلاح المعرفى؛ لكى يشاركوا ويستفيدوا من البــرامج العلاجيــة النفسية الاجتماعية.

ونلاحظ ندرة الدراسات التى قامت ببحث الإدراك الاجتماعى لدى الفصاميين، حيث اهتمت دراسات قليلة بالكشف عن الفروق بين الفــصاميين والأســوياء فــى الإدراك الاجتماعى، وأكدت هذه الدراسات فى مجملها على وجــود فــروق دالــة بينهما، وذلك باختلاف الآداة المستخدمة فى تقدير الإدراك الاجتمــاعى. ووجــدت اثنين من هذه الدراسات أن هناك قصوراً لدى الفصاميين فى اختبار الحساسية غير اللفظية، والذى يتطلب من المبحوثين وضع تسمية لمشاهد قصيرة من شريط فيديو، يتضمن تعبيرات وجهية وإيماءات وترنيمات صــوتية (Toomy et al., 2002). ووجدت الدراستين الأخريين أن الفصاميين لديهم قصور فى اختبار إدراك الدلالات الاجتماعية، والذى يطلب فيه من المبحوثين التعرف على دلالات المشاهد الممثلــة لمقاطع من مواقف اجتماعية، والتى تكون مسجلة على شريط فيديو (Corrigan et al., 1990; Corrigan& Green, 1993).

وقد تعارضت هذه النتائج مع نتائج دراسات أخرى، حيــث كــشفت دراســة سيرجى وجرين (Sergi& Green, 2002) عن أن الفروق بين مرضى الفــصام

المقيمين خارج المستشفى والأسوياء كانت غير دالة عندما كان التعليم متغيراً منبئاً. ويعد نقص دلالة الفروق بين المجموعتين فى الإدراك الاجتماعى عاكساً للمستوى قرب الطبيعى من الإدراك الذى يستخدمه مرضى العيادات الخارجية، والذى يعكس استخدامهم لدلالات اجتماعية حيوية، وذلك مقارنة بالمرضى المقيمين فى المستشفى. إلا أن هذه الدراسة قد شابتها بعض جوانب القصور من بينها الحجم المتواضع للعينات المستخدمة فى الدراسة، بالإضافة إلى أن التغيرات التى تم إدخالها على اختبار الحساسية غير اللفظية قد يكون له دورفى انخفاض حساسية هذا الاختبار للتمييز بين المرضى والأسوياء، وتتمثل هذه التغيرات فى تقليل العدد الإجمالى للاختبار إلى النصف (110 بنداً من ضمن 220 بنداً).

2- الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الإدراك الانفعالى:

كشفت نتائج الدراسة عن أن هناك فروقاً دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الإدراك الانفعالى ككل، وكل من التعرف على التعبيرات الانفعالية الوجهية، والتمييز بين التعبيرات الانفعالية الوجهية.

ومما يدعم هذه النتائج أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح فى الإدراك الانفعالى. سواء كان هذا القصور قصوراً جزئياً أوعاماً، أنظر فى ذلك (Mueser et al., 1996; Kee et al., 1998; Silver& Shlomo., 2001; Edwards et al., 2002; Penn et al., 2006; Nelson et al., 2007; Kosmidis et al., 2007; Combs et al., 2008; Russell et al., 2008; , Gong, ChanHuang et al., 2011; Janssens et al., 2012; Hui- Jieli, , Carolis, Corigliano, Comparelli, 2012; Shum& Liu, Liu

, Jagsch, Winklbaur, Sachs,, 2013; Ottavi, Trovini, Mancinelli , Sahin, Demirbuga, 2012; Frommann, Kryspin-Exner, Lasser ., 2013)Varkal, Kandemir, Aliustaoglu, Ozver

فمنذ أن بدأت دراسات الإدراك الانفعالى لدى الفصاميين منذ أكثر من أربعين عاماً، ووجد أن الفصاميين لديهم قصوراً فـــى قـــدرتهم علـــى الإدراك والتعـــرف الانفعالى على التعبيرات الانفعالية الثابتة والمتحركة (Toomy et al., 2002).

وهناك إشارات إلى أن مرضى الفصام كانوا أقل دقة من الأســوياء فـــى الإدراك الانفعالى الوجهى والإدراك الانفعالى الصوتى. ويعد الإدراك الانفعالى من القدرات المعرفية المركبة الذى يعتمد على مجموعة منتقاه من العمليات المعرفيـــة العصبية الأساسية مثل اليقظة (Kee et al., 1998; Edward et al., 2002).

وفى هذا الإطار يستطيع الأسوياء الاستخدام الجيد لدلالات الوجه والجسد، فى حين يبدى مرضى الفصام صعوبات كبيرة فى معالجة المعلومات الاجتماعية غيـــر اللفظية، عندما يكون لديهم أنماط متعددة من الدلالات غير اللفظية. وهناك إشارات منذ عام (1973) على يد ميسلمان Meislman إلـــى أن المبحـــوثين المـــصابين بالفصام المزمن يبدون قصوراً خاصاً فى معالجة المعلومات غير اللفظية، عنـــدما يكون هناك نمطين مختلفين من نماذج التنبيه. وتم تأكيد هذه النتائج مـــؤخراً مـــن خلال موسجى وهيرتويج Mussgay& Hertwig اللذان وجدا أن الفصاميين لديهم قصور خاص عندما يقومون بملاحظة منبهات سمعية وبصرية معاً فى اختبـــارات اليقظة (Toomey et al., 2002).

ويرى هوستون Houston وآخـــرون أن التعبيـــرات الجـــسمية أو البدنيـــة

الخارجية تعد من الوسائل التى نستدل من خلالها على انفعالات ومشاعر الأفـراد. وعلى الرغم من أن هناك بعض التعبيرات الانفعالية التى يمكـن إخفاؤهـا، إلا أن البعض الآخر يصعب إخفاؤه لعدم قدرة الشخص على التحكم فى جهازه العـصبى السمثاوى. وتعتمد قدرة الشخص على التحكم فى تعبيراته غير اللفظية على درجة صحته النفسية والجسمية. وتشير نتائج البحث الذى قـام بـه إيكمـان وفريـزن Ekmann& Friesen عام (1969) عن التعبيرات الانفعالية للمرضى العقليـين، أن هؤلاء المرضى أقل تحكماً فى تعبيرات أيديهم وأرجلهم من تحكمهم فى تعبيرات وجوههم، وقد افترض الباحث تفسيراً لهذا أن بعض المناطق الجسمية لـديهم أقـل خضوعاً للضبط من غيرها، وأن تعبيراتهم عن مشاعرهم وأفكارهم تتسرب إلـيهم من بعض المناطق الأقل ضبطاً (عبد الحليم محمود السيد، 2003: ص 316).

وهناك إشارات إلى أن مرضى الفصام يكشفون عن قصور متسق فى شقى الإدراك الانفعالى أو التعرف على التعبيرات الانفعالية للآخرين، والتمييـز بينهـا. وبشكل أكثر تحديداًهناك نتائج تشير إلى أن مرضى الفصام لديهم صعوبات كبيـرة فى التعرف علـى الانفعـالات الوجهيـة الايجابيـة (Edwards et al., 2002; Toomey et al., 2002; Penn et al., 2006; Nelson et al., 2007). ومما يدعم هذه النتائج أن تومى وسـشلبيرج Toomy& Schuldberg (1995) قامـا بمراجعة عدد من الدراسات التى تبحث فى الإدراك والتعرف الانفعالى من خـلال التعبيرات الوجهية لدى مرضى الفصام. وبوجه عام فإن هناك نتائج مؤكدة تـشير إلى أن مرضى الفصام لديهم صعوبات كبيرة فى التعرف على الانفعالات الوجهية الايجابية (Toomey et al., 2002).

وأشارات دراسات أخرى إلى وجـود فـروق فـى التعبيـرات الوجهيـة السلبية(Comparelli et al., 2013; Janssens et al., 2012)؛ حيـث أشـار (Janssens et al., 2012) إلى وجود فروق دالة بين مرضى الفصام والأسوياء فى التعرف على الوجوه الغاضبة، فى حين لم تظهر هذه الفروق فى بقية التعبيرات الانفعالية للوجه.

وعلى الجانب الآخر وجدت فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى التمييز بين التعبيرات الوجهية، مقارنة بالأسوياء؛ حيث يعانى مرضى الفصام من اضطراب في التمييز بين الانفعالات المختلفة؛ فعلى الرغم مـن قـدرة المـريض الفصامى على فك رموز الوجه، إلا أن لديه ضعفاً فى القدرة على استنتاج الدلالـة الانفعالية للتعبيرات الوجهية، وبعض المهام التى ترتبط بعرض المنبهات، والتـى تتطلب من المبحوثين الاحتفاظ ببعض المعلومات لمدة كافية، حتى يتمكن الفرد من مقارنتها ببعض الاستجابات (Kee et al., 1998). وفى بعض الدراسـات عبـر الثقافية مثل دراسة هابيل وآخرون (Habel, Gur, Mandal, Salloum, Gur& Schneider, 2000) تم مقارنة مرضى الفصام الأمريكين، واليونانيين، والهنود. ووجد أن المرضى لديهم قصور متساوى فى مقاييس تمييز التعبيـرات الانفعاليـة الوجهية، وذلك مقارنة بمجموعاتهم الضابطة فى البلدان الثلاثة.

3- الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى أسلوب العزو.

بالنظر فى نتائج الدراسة يتضح التالى:

- لم توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى العـزو الخـارجى/ الداخلى، والعزو الخاص/ العام.

- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى العزو المتغير/ الثابت فى اتجاه الأسوياء.

وتشير مجمل النتائج إلى عدم وجود فروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى العزو الخارجى والخاص. وتتعارض هذه النتائج مع ما أشار إليه بارون وزملائه(Baron et al, 2008: p 96) من أن هناك فروقاً واضحة بين نمط العزو لدى الأسوياء ومرضى الاكتئاب تحديداً؛ ففى حين يميل الاكتئابيين إلى عزو الأحداث السلبية لأسباب داخلية ثابتة ومستقرة مثل ضعف قدرتهم، وعزو الأحداث الإيجابية لعوامل خارجية مثل الحظ. فإن الأسوياء يميلون إلى عزو الأحداث السلبية لأسباب خارجية، وعزو الأحداث الإيجابية لعوامل داخلية كنوع من أخطاء تحيز العزو الأساسى والتى سبق الإشارة إليها.

أما فيما يتعلق بالدراسات التى تتناول أسلوب العزو لدى مرضى الذهان فتنصب على التركيز على العلاقة بين ضلالات الاضطهاد، والمبالغة فى استخدام أسلوب التحيز الذاتى. وأن هناك علاقة بين ضلالات الاضطهاد والعزو الداخلى، والتى تفسر بأنها عامل مدعم لافتراض أن الضلالات تعكس أسلوب العزو، الذى يحمى الأفراد من انخفاض تقدير الذات. وتشير نتائج كثير من الدراسات إلى أن هناك علاقة بين الأعراض الاكتئابية، وعدم الوعى بالاضطراب، والعزو الداخلى لدى مرضى الذهان (Fraguas et al., 2008). وبالتالى يمكن القول بأن هناك فروقاً بين الأسوياء ومرضى الفصام الذين يعانون فى كثير من الأوقات من الضلالات.

وتعد دراسة فراجواز وآخرين (Fraguas et al., 2008) هى أول دراسة

تقوم مباشرة بمقارنة العلاقة بين جوانب الأعراض، وعدم الـوعى بالاضـطراب، وأسلوب العزو لدى المرضى الذهانيين. وكشفت النتائج عن أن متغير عدم الراحة الانفعالية والأعراض المعرفية هى الجوانب الوحيدة من الأعراض التـى تـرتبط بالعزو الداخلى، وبشكل أكثر تحديداً فقد وجد أن المستويات المرتفعة من الاكتئـاب والقصور المعرفى الشديد يرتبط بشكل سلبى بالعزو الداخلى. ونخلص من ذلك أن عدم الراحة الانفعالية والأعراض المعرفية ترتبط بالعزو الداخلى (أى الميل إلـى الإفراط فى عزو الأحداث الإيجابية لأسباب خارجية والأحداث الـسلبية لأحـداث داخلية).

وإذا انتقلنا لاضطراب الفصام نجد أن نتائج دراستنا الراهنة تتعارض مع مـا أشار إليه كثير من الباحثين من بينهم (Lysaker et al., 2003; Brune, 2005; Brune et al., 2007; Fraguas et al., 2008; Shean& Meyer, 2009) والذين أشاروا إلى أن هناك فروقاً بين الأسوياء ومرضى الفصام فى أسلوب العزو؛ حيث أن البحث فى أسلوب العزو يكشف عن أن مرضى الفصام لديهم قصور فـى قدرتهم وكفاءتهم فى معرفة معتقداتهم ومعارفهم ونواياهم، وأيضاً معتقدات ومعارف ونوايا الآخرين، ومن ثم القصور فى أسلوب العزو.

وفى هذا الصدد يشير ليساكر وزمـلاؤه (Lysaker et al., 2003) إلـى أن أحداث الحياه التى يعتقد أنها خارج تحكم الفرد وغير مستقرة تؤدى إلى دفع الفـرد لأن يتوقف عن التأثير فى الأشياء المحيطة به، ويؤدى كذلك لانسحابه اجتماعيـاً. ومثل هذه الأعراض هى من المؤشرات المهمة للكفاءة الاجتماعية لـدى مرضـى الفصام. ويمكن القول بأن الميل إلى عزو الأحداث إلى عوامل داخلية، ومـستقرة،

وعامة تؤدى بشكل عام إلى وظائف اجتماعية ضعيفة. وهذا مـا يميـز مرضـى الفصام عن الأسوياء.

وبالنظر فى مجمل النتائج نجد أن الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام اقتصر على العزو المتغير/ الثابت، ولم تكن هناك فروق بينهما فى العزو الخارجى/ الداخلى، والعزو الخاص/ العام. وقد يرجع ذلك التقارب بين الأسوياء ومرضى الفصام إلى قصر مدة الإقامة بالمستشفى بالنسبة لمرضى الفصام؛ حيث لم تزد مدة إقامتهم عن ستة أشهر، مما قد يؤثر فى مستوى الوظائف المعرفية والاجتماعية، حيث تؤدى طول مدة الإقامة بالمستشفى والحرمان من التنبيهات الاجتماعية المختلفة إلى آثار سلبية على مختلف الوظائف النفسية والمعرفية والاجتماعية والوجدانية للمريض. ومن ثم فقد يكون التقارب الذى نلاحظه بين آداء الأسوياء ومرضى الفصام فى بعض المهام الخاصة بأسلوب العزو راجعاً لقصر مدة إقامتهم بالمستشفى مما يؤثر على تأويلهم لأسباب الأحداث المختلفة.

4- الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الكفاءة الاجتماعية:

بالنظر فى نتائج الفروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فى المهارات الاجتماعية يتضح ما يلى:

- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية فى اتجاه الأسوياء.
- لم توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى التعبير الانفعالى.
- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الاستشعار الانفعالى فى اتجاه الأسوياء.

- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الضبط الانفعالى فى اتجاه الأسوياء.
- لم توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى التعبير الاجتماعى.
- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الحساسية الاجتماعى فى اتجاه الأسوياء.
- توجد فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الضبط الاجتماعى فى اتجاه الأسوياء.

ونخلص من مجمل النتائج السابقة أن هناك فروقاً دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى المهارات الاجتماعية ومقاييسها الفرعية، فيما عدا التعبير الانفعالى والتعبير الاجتماعى. ويمكن الإشارة إلى أن اضطراب المهارات الاجتماعية يعد من المؤشرات المهمة لقصور التوافق النفسى والاجتماعى لدى المرضى النفسيين بوجه عام ومرضى الفصام بوجه خاص. ويتطلب التفاعل الاجتماعى الفعال تحقيق التكامل بين المهارات الاجتماعية وأساليب التواصل اللفظى وغير اللفظى. ويعانى مرضى الفصام من اضطرابات بارزة فى التكامل بين هذه المهارات وأساليب التواصل المختلفة (Mueser, et al 2010; Brune et al 2010). وقد تم بحث العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية وبعض الجوانب الوظيفية لدى مجموعة من مرضى الفصام والفصام الوجدانى ومرضى الاضطرابات الوجدانية. وحصل مرضى الفصام على أقل مستوى للكفاءة الاجتماعية، يلى ذلك مرضى الفصام الوجدانى، ثم أخيراً مرضى الاضطرابات الوجدانية. وبالنسبة لمجموعة مرضى الفصام كانت هناك تأثيرات ضعيفة ومتشابهة بالنسبة للكفاءة الاجتماعية السابقة. واقترحت النتائج

أن القصور فى المهارات الاجتماعية يرتبط بضعف المستوى السابق والحالى للكفاءة الاجتماعية لدى الفصاميين (Mueser et al., 1990b).

ومما يدعم هذه النتائج ما أشار إليه بعض الباحثين من أن القصور فى الوظائف الاجتماعية يعد من السمات العامة المميزة لمرضى الفصام، ومن البصمات الأساسية لهؤلاء المرضى (Ihnen et al., 1998; Mueser& Bellack., 1998).وتكون جوانب القصور هذه من أكثر الجوانب وضوحاً لدى مرضى الفصام مقارنة بباقى الاضطرابات النفسية الأخرى (Mueser& Bellack., 1998). وهذا ما يشير إلى أن القصور الاجتماعى له آثار على تطور اضطراب الفصام. ونظراً لأهمية هذا الجانب فمن المهم فهم العوامل التى تكمن وراء هذا العجز (Ihnen et al., 1998).

إن القصور فى مجالات متعددة فى الأداء الوظيفى لدى مرضى الفصام مثل الاتصال بالآخرين، ومجالات العمل المهنى، والأداء المجتمعى العام كان من الأمور الموثقة على نطاق واسع لدى الأطياف المختلفة لدى مرضى الفصام (Couture et al, 2011).

ومن الدراسات التى تدعم ما تم التوصل إليه من نتائج تتعلق بوجود فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى المهارات الاجتماعية ما كشف عنه باترسون وزملاؤه Patterson et al (1997) الذين قاموا بعقد مقارنة بين (65) مريضاً فصامياً و(39) شخصاً سوياً تتراوح أعمارهم بين (45-80) عاماً، وذلك بغرض قياس مستوى التوافق الاجتماعى لديهم. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة فى سوء التوافق الاجتماعى عند الفصاميين مقارنة بالأسوياء (من خلال: فهد بن عبد الله الدليم، 2005).

وقد أجرى جرانت Grant وآخرون عـام (2001) مقارنـة بـين مرضـى فصاميين ممن تعرضوا لنوبة واحدة، ومن تعرضوا لنوبات متعددة، ومجموعة من الأسوياء فى الكفاءة الاجتماعية. وتكونت كل مجموعة من (40) مبحوثاً (26 ذكراً، 14 أنثى). وقد طبق على المبحوثين مقاييس لنوعية الحياة والكفـاءة الاجتماعيـة والتوافق قبل المرض، والقدرة على حل المشكلات الشخصية. وتشير نتائج الدراسة إلى أن مجموعة الأسوياء كانت أفضل من مجموعتى المرضى على كل المقـاييس المتصلة بالكفاءة الاجتماعية (فى: شعبان جاب الله رضوان، 2006). وقد تبين من الدراسة التى أجراها جرين (Green, 1996) أن الفصاميين فى مرحلـة الرشـد المبكر يعانون من ضعف الأداء الاجتماعى وتدهور مهاراتهم الاجتماعية.

وفى هذا الصدد قام باتريسون وآخرون (Patterson et al., 2001) باختيار (83) من مرضى الفصام أو الفصام الوجدانى الكبار أو متوسـطى العمـر، وتـم مقارنته ب (52) من الأسوياء. وتم تقدير مهمتين من مهام أداء الأدوار، تتطلـب أحدهما مهارة تقديم الذات لأحد الغرباء، وتتطلب المهمة الاخرى مهـارة توكيـد الذات، أو إصدار سلوك توكيدى مع أحد الرؤساء، وتتطلب كلتـا المهمتـين (12) دقيقة لاستكمالهما. وتم استخدام ثمانية مجالات للمهارات الاجتماعية. ويتمتع هـذا الاختبار بثبات جيد بالنسبة لإعادة الاختبار، وثبات ممتاز بوجه عام. وقد كـشف مرضى الفصام عن قصور دال فـى كـل مجـالات الأداء الاجتمـاعى مقارنـة بالمجموعة الضابطة.

وقد تعارضت النتائج الخاصة بعدم وجود فروق بين الأسوياء ومرضى الفصام فيما يتعلق بالتعبير الانفعالى والتعبير الاجتماعى مع نتائج بعض الدراسات، فقد قام

أغفلى Aghevili وزملاؤه عام (2003) بدراسة تهدف إلى مقارنة (33) مريضاً فصامياً ب (15) شخصاً سوياً على مقاييس الخبرة والتعبير الانفعالى من خلال أداء الأدوار الاجتماعية. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة لصالح الاسوياء، حيث كان المرضى أقل قدرة على التعبير الانفعالى. وفى دراسة مماثلة قام بها قيلاوى Gellaway وزملاؤه بغرض معرفة مدى قدرة الفصاميين على التعبير عن انفعالاتهم، حيث تمت المقارنة بين مجموعة تجريبية تتكون من (72) مريضاً فصامياً، ومجموعة ضابطة تتكون من (40) شخصاً سوياً. وقد كشفت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين تظهر غياب التأثير القوى والنبرة المؤثرة من كلام المرضى، عندما يريدون التعبير عن غضبهم أو خوفهم أو حتى سعادتهم (من خلال: فهد بن عبد الله الدليم، 2005).

رابعاً: الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين:

والذى ينص على وجود فروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية. وكشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض الرابع جزئياً. وسنعرض فيما يلى لأبرز النتائج التى تم التوصل عليها فى الدراسة الراهنة:

1- الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى الإدراك الاجتماعى:

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج نوجزها فيما يلى:-

- توجد فروق دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى الإدراك الاجتماعى فى اتجاه البارانويديين.

- توجد فروق دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير

البارانويدى فى بعد تكوين الانطباعات من خلال المظهر الجسمى فى اتجاه البارانويديين.

- لم توجد فروق دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى بعد تكوين الانطباعات من خلال الملامح البارزة.

- توجد فروق دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى بعد تكوين الانطباعات من خلال المخططات فى اتجاه البارانويديين.

نخلص مما سبق أن هناك فروقاً دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى الإدراك الاجتماعى، وكذلك فى غالبية أبعاده الفرعية. وهذه النتائج تم تأييدها فى عدد كبير من الدراسات، فعلى الرغم من القصور البسيط أو المتوسط فى الإدراك الاجتماعى وهو أحد أبرز مجالات المعرفة الاجتماعية، فقد وجد ارتباطه بالأعراض البارانويدية، وجوانب القصور الأكثر شدة مع عدم التنظيم أو شدة اضطراب التفكير (Nelson et al., 2007).

وفى هذا الإطار أشار الباحثون إلى دور البارانويا فى الإدراك الاجتماعى، وكانت هناك بعض الدراسات التى أشارت إلى أن البارانويديين قد كشفوا عن مستوى أفضل فى قدرات الإدراك الاجتماعي والانفعالي، والذى يحتمل ارتباطه بالوظائف النفسية العصبية الخاصة بهؤلاء المرضى، وتحسن وظائفهم المعرفية، أو وجود أداء قبلى أفضل فى الوظائف الاجتماعية، وذلك مقارنة بغير البارانويديين (Toomey et al., 2002; Nelson et al., 2007)..

ومن المتوقع أن شدة أعراض البارانويا، وعدد التحيزات الإدراكية والمعرفية تأتى بالتوازى مع المشكلات فى الانتباه البصرى، وإدراك العدائية بالنسبة للمواقف الاجتماعية الغامضة، والميل لصنع القرارات مع قليل من الأدلة، والقفز إلى التحيز فى الاستنتاج (Penn et al ., 2006). وهناك مؤشرات على أن المتغيرات الأخرى مثل النوع، وطول مدة المرض، ونمط العلاج، ترتبط أيضاً بقدرات الإدراك الاجتماعى (Mueser et al, 1996).

وعلى النقيض من ذلك فإن هناك بعض الدراسات التى أشارت إلى أن هناك كثيراً من المبحوثين الذين يبدون مستويات مختلفة من البارانويا وجد لديهم قصوراً فى القدرات الإدراكية الاجتماعية والانفعالية (Williams et al., 2004).

2- الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى الإدراك الانفعالى:

يتضح من نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين البارانويديين وغير البارانويديين فى أى مقياس من مقاييس الإدراك الانفعالى.

وقد اتفق سيلفر وشلومو (Silver& Shlomo., 2001) مع هذه النتائج؛ حيث قاما ببحث الإدراك الانفعالى الوجهى لدى مرضى الفصام المزمن وارتباطه بالأعراض السلبية؛ حيث قام الباحثان بالكشف عن العلاقة بين التعبير عن الانفعالات المقاسة من خلال بعض الأعراض السلبية وإدراكات المرضى، وتم مقارنة إدراك الانفعالات الوجهية مع بعض الجوانب المعرفية. وقد كشفت النتائج عن عدم ارتباط الأعراض السلبية باختبارات تحديد وتمييز الانفعالات. وقد خلصت الدراسة إلى أن القدرة على تحديد التعبيرات الانفعالية الوجهية لا ترتبط بالأعراض السلبية لدى مرضى الفصام المزمن، وبالتالى لاتوجد بين البارانويديين (الذين

يتميزون بغلبة الأعراض الإيجابية) وغير البارانويديين (الـــذين يتميـــزون بغلبـــة الأعراض السلبية).

وتتفق هذه النتائج أيضاً مع ما أشار إليه بعض الباحثين، فقد اســـتبعد تـــومى وزملاؤه (Toomey et al., 2002) فرض ارتباط الإدراك الانفعالى بـــالأعراض الإيجابية التى تميز مرضى الفصام البارانويدى، أو ارتباطه بالاعراض السلبية التى تميز مرضى الفصام غير البارانويدى، حيث أشار إلى أن الإدراك الانفعـــالى لـــم يرتبط بشكل دال بالأعراض السلبية أو الإيجابية، ولكنه ارتـــبط بـــأعراض عـــدم التنظيم. وهذا يتسق مع الاقتراح الخاص بأن أعراض عدم التنظيم أكثـــر ارتباطـــاً بالمعرفة الاجتماعية، مقارنة بالأعراض الإيجابية والسلبية.

إلا أن هذه النتائج قد تعارضت مع ما أشار إليه كثيـــر مـــن البـــاحثين مـــن بيـــنهم (Mueser et al., 1996; Kohler et al., 2000; Pinkham& Penn, 2006; Beher et al., 2011) والذين أشاروا إلى أن هناك علاقة واضحة بـــين الأعراض السلبية والإدراك الانفعالى والمهارات الاجتماعية. وهذا ما يشير بـــشكل غير مباشر إلى اضطراب الإدراك الانفعالى لدى مرضـــى الفـــصام البارانويـــدى مقارنة بمرضى الفصام غير البارانويدى. و تتسق هذه النتائج مع ما هو سائد بـــأن العجز فى الأداء يرتبط بشدة الأعراض السلبية، كما أنها تتوافـــق مـــع فرضـــيات نظرية الكفاءة الاجتماعية التى ترى أن الإدراك الاجتمـــاعى يعـــد محـــدداً مهمـــاً للمهارات الاجتماعية (Mueser et al., 1990; Beher et al., 2011).

ويشير بعض الباحثين إلى أن مرضى الفصام البارانويدى يتميـــزون بـــسلامة الأداء المعرفى، وقصور اجتماعى أقل، وتاريخ سابق أفضل من مرضى الفـــصام

غير البارانويدى. وهذه النتائج تشير إلى أن أداء مرضى الفصام البارانويدى سوف يكون أفضل على مهـام الإدراك الانفعـالى، مقارنـة بمرضـى الفـصام غيـر البارانويدى. وبالاتساق مع النتائج السابقة فقد أكد كلين ولـويز وجـارفير Kline, Lews& Garver أن مرضى الفصام البارانويدى أكثر دقـة مقارنـة بمرضـى الفصام غير البارانويدى فـى الحكـم علـى التعبيـرات الوجهيـة للانفعـالات (In:Toomey et al., 2002).

واتساقاً مع ما سبق يشير بيهير وزمـلاؤه (Beher et al., 2011) إلـى أن أعراض المرتبة الأولى ترتبط بالنمط الفرعى للفصام وهو الفصام الهذائى. ووجـد أن هناك ارتباطاً بين إدراك التهديد وكفاءة تحديد المنبهات الانفعالية الوجهية المثيرة للتهديد لدى مرضى الفصام البارانويدى مثل الغضب؛ لذلك فإن المرضـى الـذين يخبرون أعراض المرتبة الأولى سوف يشكلون نمطاً متجانساً من مرضى الفـصام ممن لديهم قصوراً فى الإدراك الانفعالى. وقد وجد القصور الانفعالى الوجهى لدى مرضى الفصام على نطاق واسع، وخاصة ما يتعلق بالانفعالات السلبية مثل الخوف والغضب والاشمئزاز (Kohler et al., 2000).

ولتدعيم ارتباط اضطراب الإدراك الانفعالى بمرضى الفصام غير البارانويـدى قامت عديد من الدراسات بمقارنة قدرات الإدراك الانفعالى لدى مرضـى الفـصام البارانويدى وغير البارانويدى. وكشفت النتائج عن أن مرضى الفصام البارانويـدى يؤدون أداء أفضل على مهام الإدراك الانفعالى، ولديهم أنماط مختلفـة مـن أنمـاط النشاط المخى فى منطقة اللوزة[1] وربما يرجع هذا الأداء الجيد إلى القدرات المعرفية

---

(1) Amygadala

الجيدة. وينبغى هنا التمييز بين البارانويا والفصام البارانويدى كأحد أنماط الفصام؛ فمريض الفصام البارانويدى سليم نسبياً فى القدرات المعرفية، أما مريض البارانويا فيكون لديه نمط غير متجانس من القصور فى الأنماط المختلفة للفصام، مع درجات متنوعة من القدرات المعرفية؛ لذلك فإن الدراسات التى تتضمن مرضى من كلا النوعين فإن ذلك قد يؤدى إلى نتائج غير متجانسة (Beher et al., 2011).

وقد وجد أن هناك قصوراً فى الإدراك الانفعالى الوجهى الذى يتضمن التعبيرات التى تتضمن التهديد مثل الغضب لدى مرضى الفصام ذوى أعراض عدم التنظيم (Huang et al., 2011; Janssens et al., 2012) مقارنة بمرضى االفصام المتبقى أو مرضى الاكتئاب (Huang et al., 2011). وقد وجد أن القصور المعرفى العام فى إدراك الإشارات المثيرة للتهديد يمكن أن يرتبط بالسمات البارانويدية أو سمات عدم التنظيم لمرضى الفصام (Williams, Whitford, Flynn, Wong, Liddell, Silverstein, 2008).

3- الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى أسلوب العزو:

تشير نتائج الدراسة الراهنة إلى عدم وجود فروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى أى بعد من أبعاد أسلوب العزو. وكان هناك تعارض بين نتائج الدراسات السابقة فى هذا الصدد، فقد دعمت بعض الدراسات وجود ارتباط بين بعض أعراض الفصام وأسلوب العزو مثل دراسة شين وماير وبرون وآخرون (Shean& Meyer, 2009; Brune, et al., 2010). فى حين ذهبت دراسات أخرى إلى عدم وجود علاقة بين التحسن فى أسلوب العزو والتحسن فى الأعراض الإيجابية، مثل دراسة ميزراحى Mezrahi وزملاؤه عام (2006)

.(Harrington, 2005)

وهناك من يدعم وجود رابطة حيوية بين الأعراض السلبية لمرضى الفصام، وقدرة المرضى على التأمل فى الحالة العقلية الخاصة بهم وبالآخرين، فإذا كان المريض على غير وعي بكيف تترجم نواياه إلى سلوك فعلى؛ فإن ذلك سيؤدى إلى قصور ذاتي للحالة العقلية، ويحتمل أن يؤدى ذلك إلى أعراض سلبية وأعراض عدم التنظيم (Brune et al., 2007). ويكون المرضى الذين يعانون من هذه الأعراض أكثر تضرراً من مرضى الفصام البارانويدى (Harrington, 2005). ويرى برون وآخرون (Brune et al., 2007) أن نقص المرونة المعرفية لتعديل حكم الفرد عن نواياه عن الآخرين من الممكن أن يزيد من احتمال صدور المعتقدات الضلالية الخاصة بالإشارة أو بالاضطهاد.

إن الميل لعزو الاحداث السلبية للآخرين ربما يرجع للقصور فى عملية الإدراك؛ لذلك فمن المهم معرفة عما إذا كان مرضى الفصام الضلالى لديهم اضطرابات خاصة أم عامة فى إدراك التهديد الاجتماعى. وقد وجد أن مرضى الفصام البارانويدى لديهم قصوراً معرفياً نحو المعلومات المرتبطة بالتهديد الاجتماعى، وأن الضلالات تؤدى دوراً مهماً فى هذا الاضطراب، ولكن ذلك يظل غير واضحاً. ولم تكن هناك فروقاً بين المنخفضين والمرتفعين فى الضلالات الاضطهادية فى ظل ظروف التهديد (Huang et al., 2011).

4- الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى المهارات الاجتماعية:

كشفت نتائج الفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين عن ما يلى:-

- كانت هناك فروقاً دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى المهارات الاجتماعية، والتعبير الانفعالى فى اتجاه الأسوياء.
- لم تكن هناك فروقاً دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى غالبية المقاييس الفرعية وهى الاستشعار الانفعالى، والضبط الانفعالى، والتعبير الاجتماعى والاستشعار الاجتماعى، والضبط الاجتماعى.

نخلص من النتائج السابقة أن هناك فروقاً دالة بين مرضى الفصام البارانويدى ومرضى الفصام غير البارانويدى فى المهارات الاجتماعية، وذلك فى اتجاه مرضى الفصام البارانويدى. وتتفق نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج الدراسات السابقة، والتى تشير فى مجملها إلى الأعراض السلبية- التى تميز مرضى الفصام غير البارانويدى- ترتبط بضعف المهارات الاجتماعية. وقد ارتبط الأداء الاجتماعى بشدة بالأعراض السلبية والقصور المعرفى، وليس بالأعراض الإيجابية والاكتئابية.

ومن بين الدراسات التى تتفق نتائجها مع نتائج الدراسة الراهنة، وتدعم دور الأعراض السلبية فى تدهور الكفاءة الاجتماعية دراسة جاكسون Jackson وآخرون والتى تم من خلالها بحث عما إذا كانت الأعراض الإيجابية لمرضى الفصام تعد منبئاً جيداً بالكفاءة الاجتماعية مقارنة بباقى المتغيرات الديموجرافية التى تتصل ببداية الاضطراب، ومدة الإقامة بالمستشفى، والمستوى الحالى للوظائف. وبالاعتماد على مقدرين خارجيين تم تقدير المهارات الاجتماعية على اختبار أداء الأدوار المسجل على شريط فيديو وعمل محادثة تستمر لمدة خمس دقائق لدى (53) من مرضى الفصام المقيمين بالمستشفى، وتم تقدير المهارات الاجتماعية

للمرضى من خلال هيئة التمريض من خلال سلوكهم داخل العنبر، وقام الأطباء بتقدير الاكتئاب، والآثار الجانبية للعلاج، والأعراض الإيجابية والسلبية. وقد كشف تحليل الإنحدار المتعدد بوجه عام أن الأعراض السلبية تعد منبئاً جيداً بضعف المهارات الاجتماعية وبشكل أكثر تحديداً الكفاءة الاجتماعية (Jackson, Minas, Burgess, Joshua, Charisiou, Campbell, 1989). كذلك أشار ماكدونالد McDonald (1998) إلى أن الأعراض السلبية تؤثر فى مستوى المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى (فى: شعبان جاب الله رضوان، 2006).

وامتداداً لدعم دور الأعراض المرضية- التى تميز البارانويديين وغير البارانويديين من مرضى الفصام- وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية تم تقدير الكفاءة الاجتماعية ووظائف الدور لدى مجموعات متكافئة من مرضى الفصام والفصام الوجدانى ومرضى الاضطرابات الوجدانية، وتم تصنيف مرضى الفصام إلى مرضى ذوى أعراض سلبية، ومرضى ليس لديهم أعراض سلبية طبقاً لاختبار الأعراض الإيجابية والسلبية. وقد أبدى مرضى الفصام ذوى الأعراض السلبية قصوراً دالاً فى معظم مقاييس الوظائف الاجتماعية، ولم يكن هناك فروقاً بين الثلاث مجموعات الأخرى. وتقترح النتائج أنه فى حالة مقارنة المرضى فى بعض الجوانب الأخرى مثل مدة وشدة المرض لم يكن هناك فروقاً بين مرضى الفصام الذين لا يوجد لديهم أعراض سلبية، حيث يبدى الثلاث مجموعات درجات متشابهة بالنسبة للعجز الاجتماعى. وعلى النقيض من ذلك فبالنسبة لمرضى الفصام ذوى الأعراض السلبية كانو أكثر اضطراباً عندما تم ضبط متغير شدة وإزمان المرض (Bellack Bellack, Kim, Mueser& Wade, 1989).

وفى نفس الإطار توصل ميوسر وآخرون (Mueser et al., 1990b) فى دراسته التى أجراها على مجموعة مكونة من (107) من مرضى الفصام والفصام الوجدانى ومرضى الاضطرابات الوجدانية. إلى أن مرضى الفصام قد حصلوا على أقل مستوى من الكفاءة الاجتماعية، يلى ذلك مرضى الفصام الوجدانى، ثم أخيراً مرضى الاضطرابات الوجدانية. وبالنسبة لمجموعة مرضى الفصام كانت هناك علاقة دالة بين المستوى الحالى للكفاءة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والأعراض السلبية وليس الأعراض الإيجابية، وكانت هناك تأثيرات ضعيفة ومتشابهة بالنسبة للكفاءة الاجتماعية السابقة. وتقترح النتائج أن القصور فى المهارات الاجتماعية يرتبط بفقر المستوى السابق والحالى للكفاءة الاجتماعية لدى الفصاميين. كذلك كانت هناك عدة دراسات قد أظهرت أن شدة الأعراض السلبية، وهى التى تظهر مصاحبة لطول مدة المرض وإزمانه كانت هى المنبئ الأكبر بظهور متلازمة تدهور المهارات الاجتماعية (فهد بن عبد الله الدليم، 2005).

وقد وجد أن هناك علاقة بين الأداء الوظيفى (الكفاءة الاجتماعية) والأعراض السلبية. وتقترح هذه النتائج أن مرضى الفصام يمتلكون المهارات الضرورية للأداء الجيد فى المجتمع، ولكن مستوى هذه المهارات غير كاف (الكفاءة الاجتماعية) ويحتمل أن يكون بها اضطراب قبل بداية المرض. وقد يسهم هذا القصور فى الكفاءة الاجتماعية فى تطور الأعراض السلبية من خلال نقص الخبرات الناجحة، ومن خلال بنية الاعتقاد بوجود خلل وظيفى، وانخفاض الكفاءة الذاتية (Couture et al, 2011).

ويبدو أن العلاقة تبادلية تسير فى الاتجاهين، فالأعراض السلبية التى تميز

مرضى الفصام غير البارانويدى تسهم فى تدهور أداء المهارات الاجتماعية، وفــى نفس الوقت يسهم اضطراب المهارات الاجتماعية فى تطور الأعراض السلبية. وقد وجد بوى وزملاؤه (Bowie et al., 2006) أن الأعراض الأعــراض الــسلبية ترتبط بقدرات المعرفة العامة، ويتم التنبؤ من خلالها بالأداء الوظيفى. وقــد وجــد الباحث نفسه فى دراسة أخرى عام (2008) أن الكفاءة الاجتماعية تتوسط العلاقــة بين الأعراض السلبية والوظائف بين الشخصية؛ لذلك فإن هذه النتائج تتــسق مــع تصور أن الأعراض السلبية كغيرها من العوامل المرضــية تــرتبط بالمؤشــرات المعرفية العصبية لمرضى الفصام، جنباً إلى جنب مع النتائج السابقة، التى تــشير إلى أن الأعراض السلبية مهمة فى التنبؤ بالأداء الوظيفى؛ وبالتالى لابد أن يكــون لدي الفرد المهارات الضرورية لكى يتمكن من تحقيق الأهداف الوظيفية فى العــالم الواقعى؛ لذلك فإن المعرفة العامة ونظرية العقل والأعراض الــسلبية كلهــا مــن العوامل التى تكون هدفاً للمعالجات التى تهدف إلى تحسين الوظائف المجتمعية لدى المصابين باضطراب الفصام (Couture et al., 2011).

وبهذا ننتهى من مناقشة النتائج الخاصة بالفرض الرابع، والتى تتعلق بالفروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعيــة. وننطلق فيما يلى نحو صياغة تعقيب ختامى عام لدراستنا الراهنة يتضمن الخلاصة العامة لما انتهت إليه من نتائج، وبيان حــدود إســهام الدراســة الراهنــة نظريــاً وعملياص فى مجال دراسة المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضــى الفصام، وأخيراً ما تثيره الدراسة من مقترحات لدراسات مستقبلية يمكن أن تعنــى بها الدراسات القادمة.

تعقيب ختامى:

بعد الانتهاء من عرض نتائج الدراسة، ومناقشة وتفسير هذه النتـــائج يمكـــن القول بأن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين الإدراك الاجتماعى والكفاءة الاجتماعية لدى الأسوياء، ومرضى الفصام، ومرضى الفصام غير البارانويدى، ولم يتم الكشف عن هذه العلاقة لدى مرضى الفصام البارانويدى. ولم تكن هناك علاقة بين الإدراك الانفعالى والمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام (البارانويديين وغير البارانويديين). وقد اقتصر وجود العلاقة الارتباطية فى حدود ضيقة على بعـــض المقاييس الفرعية للإدراك الانفعالى ونظيراتها من المقاييس الفرعيـــة للمهـــارات الاجتماعية. وفيما يتعلق بأسلوب العزو فقد كشف العزو الخارجى عن علاقة دالـــة بالمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء، ولم تكن هناك علاقة دالة بين العزو الخارجى والمهارات الاجتماعية لدى الفئات المختلفة للمرضى، ولم تكن هناك علاقـــة بـــين العزو المتغير والخـــاص بالمهـــارات الاجتماعيـــة لـــدى الأســـوياء والمرضـــى (البارانويديين وغير البارانويديين) على حد سواء.

وبالنسبة للنتائج الخاصة بدور متغيرات المعرفة الاجتماعية فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية، فقد وجد أن متغير العزو الخارجى كان أكثر المتغيرات إســـهاماً فـــى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى الأسوياء. فى حين كان بعد تكوين الانطباعات من خلال المخططات- وهى أحد أبعاد الإدراك الاجتماعى- أكثر المتغيرات إسهاماً فى التنبؤ بالمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وثانى أبرز المتغيرات المـــسهمة فى التنبؤ بمجالات المعرفة الاجتماعية لدى الأسوياء.

أما ما يتعلق بنتائج الفروق بين الأسوياء ومرضى الفـــصام (البارانويـــديين

وغير البارانويديين) فقد كشفت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً دالة بين الأسوياء ومرضى الفصام فى الإدراك الاجتماعى والانفعالى والمهارات الاجتماعية والعزو المتغير، ولم تكن هناك فروقاً فى العزو الخارجى والخاص. وقد وجدت فروق بين البارانويديين وغير البارانويديين فى الإدراك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية، ولم تكن هناك فروقاً بينهما فى أى مقياس من مقاييس الإدراك الانفعالى والعزو.

بيان حدود إسهام الدراسة الراهنة نظرياً وعملياً فى مجال دراسة المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام:

تتلخص أهم إسهامات الدراسة الراهنة فى مجال بحوث المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية نظرياً وعملياً فى النقاط التالية:

1- تتناول الدراسة موضوعاً مهماً من الموضوعات متعددة الجوانب؛ فالمعرفة الاجتماعية من الموضوعات التى تجدر دراستها لدى مرضى الفصام لما لها من علاقات مباشرة وغير مباشرة بالجوانب الوظيفية للسلوك متمثلاً فى الكفاءة الاجتماعية، ومدى فاعلية فى المواقف الاجتماعية.

2- التعرف بشكل أعمق وأكثر شمولاً على طبيعة العلاقة المتبادلة بين المعرفة الاجتماعية بوجه عام والإدراك الاجتماعى والانفعالى وأسلوب العزو بوجه خاص- هذا من ناحية- والكفاءة الاجتماعية من ناحية أخرى. وتعد هذه المرحلة من مراحل البحث التى تقف عند حد الاستكشاف والوصف خطوة هامة نحو بحوث تالية تستهدف التفسير والتنبؤ الدقيق.

3- التعرف على العوامل التى تسهم فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى الأسوياء ومرضى الفصام؛ ومن ثم التوصل لتصور نظرى يعتمد على ما تم الكشف عنه فى هذه الدراسة، وما كشفت عنه الدراسات السابقة.

4- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة فى التطبيقات العلاجية؛ حيث تعد هذه الدراسة فى مراحلها الوصفية خطوة مبدئية فى طريق إعداد بعض البرامج العلاجية للتدخل فى تنمية جوانب المعرفة الاجتماعية؛ ومن ثم تنمية الكفاءة الاجتماعية التى يعانى هؤلاء المرضى من ضعفها.

5- وعلى المستوى الوقائى يمكن التعرف على العوامل المؤدية لضعف الكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام؛ ومن ثم إمكانية التدخل ببرامج وقائية من الدرجة الاولى، تعمل على تقليل ضعف الكفاءة الاجتماعية؛ ومن ثم تقليل الآثار الناجمة عن اضطرابها سواء عند النظر إلى علاقة الفرد بذاته أو علاقته بالآخرين. بالإضافة إلى التعرف على الأفراد الذين يكشفون عن مستويات مختلفة من اضطراب الكفاءة الاجتماعية؛ ومن ثم التدخل ببرامج وقائية من الدرجة الثانية للحد من نقص بعض الجوانب الوظيفية للسلوك مثل الكفاءة الاجتماعية.

6- توعية الأفراد بالآثار السلبية المترتبة على نقص المعرفة الاجتماعية وضعف الكفاءة الاجتماعية، وبيان الآثار الإيجابية المترتبة على تحسين مستوى المعرفة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) والكفاءة الاجتماعية، من صور التوافق النفسى والاجتماعى والصحة النفسية.

7- الامتداد بنتائج الدراسة الراهنة، فى إعداد أدوات جديدة لتقييم جوانب المعرفة الاجتماعية الأخرى التى لم يتم بحثها. نظراً لأن التقدم فى طرق التقييم من شأنه أن يسرع ويعزز من الأسس المنطقية لتدخلات علاجية فى مجالات العجز فى المعرفة الاجتماعية، بدلاً من أسلوب علاج واحد يناسب الجميع (Penn& Roberts, 2009; Shean& Meyer, 2009).

8- الاستفادة من نتائج الدراسة الراهنة فى إعداد البرامج العلاجية، التى تقدم للتعامل مع مجالات المعرفة الاجتماعية المضطربة لدى مرضى الفصام. وتقترح دراسة(Penn et al., 2005) أن هناك نتائج إيجابية وفوائد إكلينيكية لبرنامج المعرفة الاجتماعية والتدريب التفاعلى، وبصفة خاصة فى مجال نظرية العقل وأسلوب العزو. ونظراً لعدم تأثير البرنامج على الإدراك الانفعالى، فنحن بحاجة لإجراء دراسات فى ظل ظروف عشوائية أكثر انضباطاً لمعرفة أثر هذا البرنامج على الوظائف الاجتماعية التى لا تزال بحاجة إلى تقييم.

بعد الانتهاء من عرض النموذج التطبيقى لدراستنا الميدانية ونتائجها المختلفة وتفسير هذه النتائج، وبيان حدود إسهام هذه الدراسة الراهنة نظرياً وعملياً فى مجال دراسة المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى مرضى الفصام. يبقى الإشارة إلى دراسات مستقبلية مقترحة يمكن أن تعنى بها البحوث والدراسات القادمة.

دراسات مستقبلية مقترحة:

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج فى دراستنا الراهنة كانت هناك عدد من المقترحات التى يمكن أن تعنى بها الدراسات المستقبلية. نشير إلى بعضها كما يلى:-

1- ينبغى أن تعنى الدراسات المستقبلية ببحث مجالات أخرى للمعرفة الاجتماعية مثل (الاستدلال الاجتماعى) وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية. وهذا ما أشار إليه بعض الباحثين؛ حيث يشير جرين وآخرون (Green et al., 2005) إلى أن أنه ينبغى أن تسعى الدراسات المستقبلية مجالات المعرفة الاجتماعية، وبحث علاقتها بالكفاءة الاجتماعية؛ وبالتالى التوصل لتصور نظرى متكامل عن أبرز مجالات المعرفة الاجتماعية التى تسهم فى اضطراب الكفاءة الاجتماعية.

2- بحث دور المعرفة الاجتماعية فى التنبؤ بالكفاءة الاجتماعية لدى ذوى الاضطرابات الوجدانية. وذلك لمعرفة الفروق بين مرضى الفصام ومرضى الاضطرابات الوجدانية فى المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية.

3- بحث دور الكفاءة الاجتماعية فى تدهور مجالات المعرفة الاجتماعية، ومن ثم معرفة العلاقة التبادلية بين المعرفة الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية.

4- بحث دور المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة- سواء التى تم بحثها فى الدراسة الراهنة أو التى لم يتم بحثها- كمتغير وسيط بين المعرفة من

ناحية والكفاءة الاجتماعية من ناحية أخرى، بالإضافة إلى بحث دورها كعامل وسيط بين المعرفة العامة والوظائف الاجتماعية بوجه عام. وهذا ما أكده سيرجى وجرين (Sergy& Green, 2002) بقولهما نحن بحاجة ماسة لبحث الدور المحتمل للمعرفة الاجتماعية كمتغير وسيط يتوسط العلاقة بين المعرفة العامة والوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام- من ناحية- ولدى فئات أخرى من المرضى النفسيين.

5- بحث العلاقة بين أعراض الفصام والمعرفة الاجتماعية، ومجالاتها المختلفة.

6- إمكان الامتداد بدراسة المعرفة الاجتماعية بجوانبها الثلاث (الإدراك الاجتماعى، والإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو) لدى مرضى الفصام من كلا الجنسين، وفى مراحل عمرية مختلفة عن تلك التى عنيت بها الدراسة الراهنة.

7- يمكن للدراسات المستقبلية مقارنة الإدراك الاجتماعى اللفظى وغير اللفظى لدى مرضى الفصام بفئاته المختلفة، ومقارنة هذه النتائج لدى فئات مختلفة من المرضى النفسيين.

8- بحث الدور الوظيفى للإدراك الاجتماعى، فقد ركزت البحوث فى مجال الإدراك الاجتماعى لدى مرضى الفصام على عمومية القصور أو خصوصيته أكثر من تركيزها على الدلالة الوظيفية للاضطراب ومدى تأثيره على الحياة الاجتماعية للمريض (Penn et al., 1997). لذلك فإن مساهمة الإدراك الاجتماعى فى القصور الاجتماعى لدى الفصاميين أقل

فى درجة فهمه من مساهمة عوامل أخرى (Ihnen et al., 1998). بالإضافة إلى بحث ذلك الدور الوظيفى عبر مجالات اجتماعية أخرى، وعدم الاقتصار فقط على المهارات الاجتماعية. وفى هذا الصدد يشير (Ihnen et al., 1998) إلى أن قدرة مريض الفصام على إدراك سلوكه الاجتماعي له دلالات وظيفية هامة.

9- يمكن أن توجه البحوث المستقبلية نحو دراسة الإدراك الذاتى ودوره فى السلوك الاجتماعى. وفى هذا الصدد يشير (Ihnen et al., 1998) إلى أن دور الإدراك الذاتى بوجه خاص والإدراك الاجتماعى بوجه عام فى السلوك الاجتماعى لمرضى الفصام يجب أن يقيم مع الأخذ فى الاعتبار متغيرات أخرى، مثل الوظائف المعرفية وحل المشكلات الاجتماعية؛ حيث حظيت مهارات حل المشكلات الاجتماعية باهتمام واسع من جانب الباحثين فى علم النفس الإكلينيكى، والصحة النفسية بوصفها واحدة من أهم مؤشرات الكفاءة الاجتماعية، والتى تعكس مدى فعالية الفرد فى التعامل مع مشكلات الحياه اليومية، ونجاحه فى التغلب على المعوقات التى تحول دون إشباع حاجاته ورغباته؛ وبالتالى تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى، وهى إلى جانب ذلك تعد عاملاً وقائياً يحول دون ظهور المؤشرات المرضية، ومظاهر سوء التوافق؛ وعلى ذلك فإن اضطرابها من شأنه أن يؤدى إلى حدوث عديد من السلوكيات المرضية مثل: الاكتئاب، والقلق، وتعاطى الموالد النفسية (أسامة محمد الغريب، 2010: ص 51).

10- استخدام طرق مختلفة لتقييم الإدراك الانفعالى، وعدم الاقتصار على

طرق التقييم التى تعتمد علـــى اســتخدام المنبهـــات الثابتـــة أو الـــصور الفوتوغرافية، واستبدالها بطرق أخرى أكثر كفاءة، حيث وجد أن المنبهات التعبيرية الانفعالية المتحركة مثل (شرائط الفيديو) هى أكثر صدقاً، ويمكن من خلالها إجراء تقييم شامل للقصور فى الإدراك الانفعـــالى الـــوجهى، وخاصة فى ظل ما وجه لهذه الطرق من انتقادات سبق الإشارة إليها فـــى موضع سابق. وفى نفس هذا السياق ينبغى أن تعنى دراســـات مـــستقبلية بتقدير الكفاءة الاجتماعية بطرق أخرى غير طرق التقدير الذاتى مثل أداء الأدوار وغيرها من طرق التقدير التى تعتمد على تقييم الأداء فى العـــالم الواقعى.

11- امتداد دراسة الدلالات غير اللفظية للوجه إلى دلالات أخرى مثل نبـــرة الصوت والايماءات والإشارات وغيرها، وذلك لـــدى مرضـــى الفـــصام بتشخيصاته المختلفة، ومقارنة ذلك بالاضطرابات الذهانية الأخرى.

12- إمكان إجراء دراسات حضارية مقارنة، تستهدف التعرف على صـــور الاختلاف أو الاتفاق الممكنة، بين ما كشفت عنه نتائج هذه الدراسة، ومـــا يمكن أن تكشف عنه دراسات أخرى لاحقة فى الثقافة العربية وبـــين مـــا تكشف عنه دراسات أخرى مناظرة فى الثقافات الأجنبية.

بعد الانتهاء من عرض الأفكار والمقترحات المختلفة التى يمكن أن تعنى بهـــا الدراسات المستقبلية، يمكن الإشارة إلى ملامح الاهتمام بتنمية المعرفة الاجتماعيـــة فى إطار المرض النفسى، وهذا ما سينصب عليه اهتمامنا فى الفصل القادم.

الفصل السادس
تنمية المعرفة الاجتماعية

- مقدمة.
- تنمية المعرفة الاجتماعية.
- دراسات وبحوث اهتمت بتنمية المعرفة الاجتماعية.

الفصل السادس

تنمية المعرفة الاجتماعية

مقدمة:

نقدم للقارئ فى الصفحات القليلة القادمة بعض الطرق التى استخدمت فى تنمية المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة، ويلى ذلك عرض لنماذج من الدراسات التى هدف باحثوها إلى تنمية المعرفة الاجتماعية لدى المرضى النفسيين بوجه عام ومرضى الفصام على وجه الخصوص.

تنمية المعرفة الاجتماعية:

من أهم التطبيقات الإكلينيكية لدراسة المعرفة الاجتماعية تنمية طرق العلاج والتأهيل للمعرفة الاجتماعية بالنسبة للأفراد ذوى الاضطرابات النفسية، وذلك بتحديد أدق مجالات المعرفة الاجتماعية التى يعانى هؤلاء المرضى من اضطرابها والمقاييس المختلفة التى تستخدم فى تقديرها، وبهذا تكون البحوث المستقبلية أكثر قدرة على التركيز على هذه الجوانب الأكثر حساسية للقصور الاجتماعى بوجه عام (Addengton& Addengton., 2008) ولتدعيم هذه النقطة يشير (Penn, et al., 2008) إلى أن التقدم فى طرق التقييم من شأنه أن يسرع ويعزز من التدخلات المنطقية باستخدام طرق علاجية مختلفة فى مجالات المعرفة الاجتماعية بدلاً من الاعتماد على علاج واحد يناسب كافة المجالات.

وقد اعتبرت استراتيجيات التدخل التى تهدف إلى تحسين المعرفة الاجتماعية من الأهداف العلاجية الواعدة (Combs et al., 2007). وقد صنفت التدخلات فى

المعرفة الاجتماعية إلى نوعين هما التدخلات المستهدفة[1] (e.g. Silver et al.,2004) والتى تركز على تنمية جوانب فردية بعينها من جوانب المعرفة الاجتماعية مثل الإدراك الانفعالى أو نظرية العقل. ومن أمثلة هذه التدخلات تلك التى تستهدف محاكاة الوجه، أو التدعيم النقدى، أو المزج بين المحاكاة والتدعيم. وقد أدت هذه التدخلات إلى تحسن الإدراك الانفعالى؛ ومن ثم التحسن فى المعرفة الاجتماعية (Spaulding et al., 1999; Van der Gaag et al., 2002).

والنمط الثانى هو التدخلات عريضة القاعدة[2]، (e.g. Hogarty et al., 2004) حيث أنها تركز على استعادة جوهر العجز المعرفى لدى مرضى الفصام، وهى تنهض بمقارنة استرتيجيات نفسية متنوعة وتتضمن تكنيكات لتنمية المهارات الاجتماعية.

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى مثل هذه التدخلات (عريضة القاعدة) ؛ حيث أنها تستخدم عدداً كبيراً من التدخلات العلاجية؛ وبالتالى تكون هناك صعوبة فى تمييز ما هو المكون العلاجى الذى يؤدى إلى حدوث تأثيرات مفيدة. بالإضافة إلى أن هذه التدخلات يمكن أن تستغرق وقتاً طويلاً، وتكلفة كبيرة؛ مما يفرض قيوداً على استخدامها (Kurtz et al., 2001; Twamley et al., 2003)

وقد قام (Robert& Penn., 2009) بتطوير نموذج علاجى يتفادى كثير من جوانب القصور فى المناحى السابقة، وهو المعرفة الاجتماعية والتدريب التفاعلى (SCIT; Roberts et al., 2006) وهو يقوم بعمل بعض التدخلات لتحسين

---

(1) targeted
(2) broad-based

المعرفة الاجتماعية التى بها قصور، والتى تم ملاحظتها لدى مرضى الفصام، وهى المشكلات فى الإدراك الانفعالى، ونظرية العقل، والحكم الاجتماعى، وتحيز العزو الاجتماعى. وتتضمن هذه المعالجة ثلاثة مراحل هى:

1-الانفعالات والتى تتعلق بقصور الإدراك الانفعالى.

2-تحيز العزو وقصور نظرية العزو.

3-التكامل والذى يتم من خلاله تدريب المشاركين على تعلم حل المشكلات الشخصية فى حياتهم الخاصة.

واقترحت الدراسات المبدئية أن برنامج المعرفة الاجتماعية والتدريب التفاعلى من البرامج المجدية فى تحسين المعرفة الاجتماعية لدى المرضى النفسيين (Penn et al., 2005; Combs et al., 2007a).

ويهدف كثير من الباحثين إلى الكشف عن تدخلات علاجية جديدة لتيسير استعادة الوظائف لدى المصابين باضطراب الفصام، حيث شهدت السنوات الأولى من القرن الواحد والعشرين اهتمام واضح بتنمية العلاجات الفارماكولوجية والتى تسعى للتحكم فى الأعراض النفسية وتحسين الاضطرابات الوظيفية التى ترتبط باضطراب الفصام. ونحن نؤمن بأن التلازم والتزامن بين التدخلات النفسية الاجتماعية سوف تكون ضرورية لتحقيق تحسن أفضل فى النتائج الوظيفية. وفى الوقت الراهن فإن هناك عديد من العلاجات الجديدة والمبتكرة التى قام بها باحثين من بينهم فيليجان Villigan (2006) والتى تم ابتكارها من خلال التطور فى تكنولوجيا التأهيل والعلوم العصبية المعرفية. ويمثل منحى التدخلات المعرفية الاجتماعية منحى جديد وواعد فى مساعدة المرضى لبناء حياة مثمرة وغنية داخل

المجتمع (Horan, et al., 2008).

يعد الإدراك الاجتماعى مكوناً مهماً من مكونات المعرفة الاجتماعية، ويعد التدريب على الإدراك الاجتماعى من الإهداف الواعدة لتنمية المعرفة الاجتماعية. ويشمل التدريب عليه مناقشة مواقف اجتماعية تمثل تحدياً حقيقياً للفرد تعرض من خلال أشرطة فيديو. ويتم الاستعانة ببعض الهاديات الاجتماعية فى الموقف مثل: تعبيرات الوجه، وهيئة الجسم، ونبرة الصوت، والتواصل بالعين، وغيرها من الحركات الاجتماعية المعقدة. وتستخدم مختلف المعلومات فى الموقف لتحديد الانفعالات، وتعرف منظور الآخر، والقواعد الاجتماعية الحاكمة للموقف الاجتماعى. ويختلف المضمون المقدم للمتدرب باختلاف المرحلة العمرية؛ ففى مراحل الطفولة يمكن الاستعانة بصور بسيطة، أو أشرطة فيديو تقدم منبهات غير لفظية، مثل تعبيرات الوجه؛ وذلك لتدريب الأطفال على تسمية الانفعالات المعروضة (Spence., 2003).

وفى هذا الإطار يشير بيكر وزملائه إلى هناك مجموعة من الطرق العلاجية التى تسعى لتعليم المتدربين الآتى:

- التعرف على المؤشرات الدينامية المعروضة.
- فهم المعايير الاجتماعية.
- تنمية الآداء التخيلى لعديد من الاستجابات المرتبطة بالمؤشرات الدينامية.
- التدريب على ملاحظة المؤشرات الدينامية الخاصة بهم، والقيام بتعديلها بهدف تحسين التواصل.

ويؤدى هذا البرنامج إلى توفير مخططاً جيداً للطريقة التى يتعلم بهـا النـاس كيفية توجيه انتباههم إلى المؤشرات الاجتماعية التى يصدرها الآخـرون وتفـسير معانيها، وتشكيل مواقف يتم من خلالها تعلم هذه المهارات، مثـال ذلـك مراقبـة مناقشات الآخرين، وتعرف مشاركاتهم أثنائها، بهدف تحديد متى يقـوم الـشخص بإنهاء حديثه، وترك الحديث للمنصت الذى يتوقع منه الآن أن يـتكلم. وتتـضمن الطرائق الخاصة بتعلم هذه المهارات التعليمـات المباشـرة، وملاحظـة وتفـسير المؤشرات، وعرض ومناقشة الاستجابات المناسبة لهذه المؤشرات. وبالتالى فـإن الأساليب المستخدمة فى التدريب على مهارات السلوك الاجتماعى الصريح يمكـن استخدامها هنا لتعلم مهارات المعرفة الاجتماعية والإدراك الاجتماعى (من خـلال: سوزان سبنس، 2000: ص 300: 301).

هذا ما يتعلق بأهمية تنمية المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة، وسـننتقل فيما يلى إلى عرض نماذج من الدراسات التى هدفت إلى تنمية المعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام كما يلى:

نماذج من الدراسات التى اهتمت بتنمية المعرفة الاجتماعية مرضى الفصام:

قام هوران وآخرون (Horan, et al ., 2008) بتجربة إكلينيكية لتقييم (12) جلسة من برامج التدريب على المهارات المعرفية الاجتماعيـة، واسـتمرت هـذه الجلسات لمدة (6) أسابيع، والتى تنصب على أربعة جوانب للمعرفـة الاجتماعيـة وهى (الإدراك الاختيارى، والإدراك الاجتماعى، وأسلوب العزو، ونظرية العقـل) لدى مرضى الفصام المقيمين خارج المستشفى، وقد تم اختيار (31) من مرضـى

الفصام أو الفصام الوجدانى بصورة عشوائية للتدريب على المهـارات المعرفيـة الاجتماعية، ويشترط فى هؤلاء المرضى أن لا يكونوا من المقيمين داخل المستشفى فى الشهور الست الأخيرة قبل إجراء الدراسة، وقد تم استبعاد المرضى الذين يبدون اضطرابات عصبية سابقة أو راهنة مثل الصرع، أو التأخر العقلـى، أو الاعتمـاد على المواد النفسية، وقد تم استبعاد ثلاثة من المرضى ممن أكملوا أقل من أربعـة أقسام للتجربة؛ وبالتالى تم استبعادهم ليصبح العدد النهـائى (15) مريـضاً فـى المجموعة الإكلينيكية، وهى مجموعة المعرفة الاجتماعيـة، و(16) مريـضاً فـى المجموعة الضابطة. ولم تكن هناك فروق بين المجموعتين فـى الـسنوات التـى انقضت منذ أول إقامة بالمستشفى، حيث وصل متوسط هذه السنوات لدى مجموعة المعرفة الاجتماعية (20) عاماً، والمجموعة الضابطة (18) عاماً، ومتوسط سنوات التعليم لمجموعة المعرفة الاجتماعية (12) عاماً، ومتوسط سـنوات التعلـيم فـى المجموعة الضابطة (12) عاماً. وتتضمن طرق التدريب تعليمات مقدمة من خلال شريط تسجيل تلفزيونى تعليمى، وتعـرض التعليمـات بنظـام ال Power point والذى يتضمن شرائح تعرض على شاشة عرض. ويشتمل التدريب على قـسمين أساسيين هما:

- الإدراك الانفعالى والاجتماعى (وهو يعنى تفهم ما يشعر به الآخرين).
- العزو الاجتماعى ونظرية العقل (أى فهم ما يفكر فيه الآخرين).

وأول مرحلة تم التركيز عليها هى تعريـف الانفعـالات الـست الأساسـية، والتدريب على الإدراك الوجهى باستخدام الكمبيوتر وتدريبات المحاكاه الوجهيـة. ويتقدم التدريب بعد ذلك إلى تنمية مهارات إدراك الـدلالات الاجتماعيـة، وإدراك

السياق الاجتماعى. وتتضمن الجلسات أساليب عرض جديدة ومتطورة تغطى أساليب التعرف غير اللفظى عن طريق الإشارات والإيماءات، وما يشعر به الآخرون فى المواقف الاجتماعية. ويشتمل التدريب أيضاً على كيف تؤثر المشاعر والانفعالات على أفكار الفرد وتصرفاته فى المواقف الاجتماعية. وتنصب المرحلة التدريبية الثانية على أن يبدؤا بالتخيل أو تصور اضطرابهم على أنه انفعال، ومناقشة وتبادل الآراء حول معتقدات الفرد حول نية وقصد الآخرين. ويركز التدريب على ملاحظة الفرق بين الحقائق والتخمينات والمشاعر، وتجنب القفز إلى الاستنتاجات بشأن نوايا الآخرين. وفى النهاية فإن التدريب على التكامل بين المعلومات الاجتماعية المختلفة المتوفرة فى المواقف الاجتماعية، مثل معرفة من وماذا ولماذا وأين ومتى؛ لتقييم ما إذا كان الآخرون يستخدمون الحديث الموضوعى أو الخداع مثل الكذب الاجتماعى فى السياقات الاجتماعية المختلفة.

وتهدف التدخلات التى تقدم إلى المجموعة الضابطة إلى تعليم المشاركين كيفية تجنب أعراض الانتكاس، أو تقليل شدتها من خلال التركيز على أربعة مهارات أساسية هى (تعريف الإشارات التحذيرية للانتكاس، وإدارة هذه العلامات والإشارات، ومقاومة الأعراض، وتجنب شرب الكحوليات والمخدرات). وقد تم استخدام أربعة مقاييس لتقدير أربعة مجالات للمعرفة الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وهى اختبار التحديد الانفعالى الوجهى[1] ومقياس الحساسية الغير لفظية[2]

(1) Afacial Emotion Identification Test (AEI).

(2) The half – Profile Of Non verbal Sensitiviy (PONS).

وهو لتقدير الإدراك الاجتماعى، ومقياس العداء والنوايا الغامضة[1] وهو يستخدم لتقدير أسلوب العزو، واختبار إدراك الاستنتاج الاجتماعى[2] لتقدير نظرية العقل. هذا بالإضافة للتقديرات المعرفية العصبية من خلال استخدام البطارية المعرفية الإجمالية لماتريكس[3] والتى استخدمت لتقدير سبعة مجالات للمعرفة العصبية وهى (سرعة المعالجة، والانتباه، والذاكرة العاملة، والتعلم اللفظى، والتعلم البصرى، والاستنتاج، وحل المشكلات، والمعرفة الاجتماعية). بالإضافة لتقدير الأعراض النفسية قبل وبعد المعالجة. ومقاييس التقديرير الكيفية[4] وتعطى فى نهاية التدخلات لجميع المشاركين لتقدير إدراكاتهم عن مجموعة الميسرين، ومدى رضاهم عن التدخلات العلاجية المختلفة، ومدى ارتباطها بالحياه اليومية. وتم تكملة تقييم التدخلات العلاجية القبلية والبعدية للمعرفة الاجتماعية، والمعرفة العصبية، والأعرض المرضية. وقد أظهرت مجموعة المعرفة الاجتماعية تحسناً واضحاً ودالاً فى الإدراك الانفعالى الوجهى مقارنة بالمجموعة الضابطة، وقد اعتمد هذا التحسن على التغيرات فى الوظائف المعرفية العصبية الأساسية والأعراض. وقد دعمت هذه النتائج فاعلية التدخلات المعرفية الاجتماعية لجمهور المرضى المقيمين خارج المستشفى. وهذا ما يشجع على مزيد من التحسن فى المعرفة الاجتماعية، وتعميم المكاسب العلاجية لفئات كثيرة من المرضى النفسيين (Horan, et al., 2008).

---

(1) The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ).
(2) Tue Awareness of Social Inference Test (TASIT) .
(3) The Matrics Consensus Cogniitive Batery (MCCB).
(4) Qualitative Rating (QR).

ويعد تنمية المعرفة الاجتماعية من الأهداف الواعدة فى مجال التأهيل نظـراً لاحتمال ارتباطها القوى بالمخرجات الوظيفية الاجتماعية، وقد تم مراجعة الدلالـة الوظيفية للمعرفة الاجتماعية فى عديد من الدراسـات الـسابقة. وتعـد المعرفـة الاجتماعية والتدريب التفاعلى (SCIT) من البرامج العلاجية التى صممت لتنميـة الوظائف الاجتماعية لدى مرضى الفصام من خلال تنميـة المعرفـة الاجتماعيـة ويستمر ذلك لمدة (20) أسبوعاً. وتقدم هذه الدراسة (Roberts & Penn., 2009) تقارير لبيانات أولية من خلال دراسة شبه تجريبية تقوم بمقارنة المعرفة الاجتماعية والتدريب التفاعلى، وطرق العلاج المعتادة فى عينة قوامهـا (31) مـن مرضـى الفصام وهم من مرضى العيادات الخارجية ، وتتكـون العينـة مـن مجمـوعتين مجموعة المعالجة الطبيعية وعددهم (11) مريضاً يـستخدمون العـلاج الـدوائى، والعلاجات النفسية الفردية والجماعية، والعـلاج المهنـى، ومجموعـة المعرفـة الاجتماعية والتدريب التفاعلى وعددهم (20) مريضاً، ويركز هذا البرنامج علـى عمل ملاحظات على الحالة الانفعالية للمبحوثين، وعلاقتها بـسلوكهم وبأفكـارهم وبتفاعلاتهم الاجتماعية، وتتقضى معظم الجلسات على تعليم استراتيجيات لتحليـل المنبهات المعرفية الاجتماعية من خلال صـور فوتوغرافيـة، وأشـرطة فيـديو متخصصة. وتنتهى كل جلسة بواجبات منزلية تطلب من المبحوثين. وطبق علـى المبحوثين المقابلة الإكلينيكية المنظمة، ومقياس تقدير الاعراض الإيجابية والسلبية، ولتقدير المعرفة الاجتماعية تم تطبيق اختبارين للإدراك الانفعالى همـا (اختبـار التحديد الانفعالى الوجهى، ومهمة الإدراك الانفعالى لبيـل وليـساكر) واختبـارين لتقدير نظرية العقل هما (مهمة التلميح، واختبار الوعى بالاسـتدلال الاجتمـاعى) واختبار لتقدير أسلوب العزو (استخبار العدائية والنوايـا الغامـضة) وتـم تقيـيم

المهارات الاجتماعية باستخدام اختبار (تقييم آداء المهارات الاجتماعية). وأوضحت النتائج أن برنامج المعرفة الاجتماعية والتدريب التفاعلى قد كشف عن سهولة استخدامه لدى مرضى العيادات الخارجية، بالإضافة إلى أنه أدى إلى تحسن المعرفة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية وبصفة خاصة الإدراك الانفعالى.

وقد حصل كومبس وآخرون (Combs et al., 2007) على نتائج مشابهة على المرضى المقيمين داخل المستشفى، بالإضافة لما كشف عنه كوتيور وآخرون (Coutur et al., 2006) من إمكانية تعديل آداء المعرفة الاجتماعية لدى المرضى المقيمين خارج المستشفى. ولم يرتبط هذا البرنامج بأى تحسن فى نظرية العقل، وهذا يتناقض مع نتائج الدراسات السابقة (Penn et al., 2005; Combs et al., 2007) . وكشفت النتائج عن ارتباط هذا البرنامج بالتحسن فى المهارات الاجتماعية عن طريق تحسين المعرفة الاجتماعية.

وامتداداً للدراسات التى استخدمت هذا البرنامج فى تنمية المعرفة الاجتماعية قام كومبس وآخرون (Combs et al., 2007) بمقارنة برنامج التدريب التفاعلى ومجموعة من مهارات التعامل، وأظهر القياس البعدى أن المبحوثين الذين أكملوا التدريب التفاعلى والمهارات الاجتماعية قد أظهروا تحسناً كبيراً وقوياً فى مقاييس المعرفة الاجتماعية، فى حين لم تظهر مجموعة مهارات التعامل أى تحسن فى النتائج (Combs et al., 2009) وقد قام باحثوا الدراسة ببحث استقرار هذه التحسنات خلال ستة أشهر من المتابعة لدى الأشخاص الذين أكملوا التدريب التفاعلى والمعرفة الاجتماعية. وقد تم التركيز على مقاييس الإدراك الانفعالى والوظائف الاجتماعية؛ نظراً لما حدث فيها من تغيرات قوية فى دراسة الباحث السابقة(Combs et al ., 2007) وتم تضمين مقياسين لم يستخدموا فى الدراسة

السابقة لتقدير تعميم التدريب التفاعلى والمعرفة الاجتماعية على مقاييس أخـــرى. وتضمنت الدراسة (18) مشارك (12 ذكراً، 6 إناث) وكان متوســـط العمـــر (41) عاماً، وفى هذه الدراسة تم تضمين مجموعة أخرى من المجتمع من غير المرضى النفسيين كمجموعة ضابطة، للكشف عن الدلالات الإكلينيكية للتـــدريب التفـــاعلى والمعرفة الاجتماعية فى تحسين المعرفة الاجتماعية والوظائف الاجتماعية ؛ حيث تضمنت هذه المجموعة (18) فرداً، وهى تضاهى مجموعة المرضى فـــى العمـــر والنوع. وتم استخدام اختبار تحديد انفعالات الوجه، واختبار بيل ليساكر لـــلإدراك الانفعالى لأنه يتضمن دلالات سمعية وبصرية وانفعالات غير موجودة فى اختبـــار تحديد انفعالات الوجه، كما استخدمت مقاييس الوظـــائف الاجتماعيـــة، والمقيـــاس الفرعى للمشاركة الاجتماعية والاتصال بين الأفراد، كما تم تقيـــيم آداء المهـــارات الاجتماعية من خلال آداء الأدوار. وتم حساب متوسط التقديرات الكلية للمهارات الاجتماعية بالاعتماد على تقديرات كل من الفائدة، والطلاقة، والوضوح، والتركيز، والتأثير وجودة المحادثة، والملاءمة الاجتماعية. وتشير النتائج إلـــى أن درجـــات المشاركين بعد (6) أشهر من المتابعة ترتفع بشكل دال عن الدرجات فـــى التقيـــيم القبلى على اختبار تحديد انفعالات الوجه، واختبار الوظائف الاجتماعية، والمقياس الفرعى للمشاركة الاجتماعية والاتصال بين الأفراد. وتمـــدنا النتـــائج بمؤشـــرات واضحة عن استقرار التدريب التفاعلى والمعرفة الاجتماعية وقدرته على التعمـــيم خلال ست أشهر من المتابعة. وقد كشف المـــشاركون فـــى التـــدريب التفـــاعلى والمعرفة الاجتماعية عن آداء معرفى اجتمـــاعى يتناســـب مـــع آداء المجموعـــة الضابطة من الأسوياء.

قام بين وزملاؤة (Penn et al., 2005) بدراسة هدفها تنمية تدخلات تركز

بشكل خاص على الجوانب الأساسية للمعرفة الاجتماعية التى تكون مضطربة لدى مرضى الفصام مثل (الإدراك الانفعالى، وأسلوب العزو، ونظرية العقل)، وقد صمم هذا التدخل للأفراد المصابين بالفصام وبوجه خاص مرضى الفصام البارانويـدى. ويتكون هذا التصميم من ثلاث مراحل هى 1- مرحلة فهم الانفعالات 2- مرحلـة التحيزات المعرفية الاجتماعية 3- مرحلة الاندماج؛ ففى **المرحلة الأولـى** يسأل المبحوثين عن المرات التى تقدم فيها مواقف خاطئة، وتكرس الجهـود فـى هـذه المرحلة لتعريف واحد من الانفعـالات الأساسـية، وربـط التعبيـرات الوجهيـة بالانفعالات، وهذه المهمة أجريت فى جزء منها مع المدرب الانفعالى، وهو برنامج كمبيوتر هدفه تحسين الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام. **وتكـرس المرحلـة الثانية** لاستراتيجيات تجنب القفز إلى الاستنتاجات، وهذه هى مشكلة شـائعة لـدى مرضى الفصام، وهذا المفهوم يوضح من خلال شريط فيديو يعرض مجموعة من التفاعلات التى يقوم فيها ممثلون بالقفز السريع إلى الاستنتاجات دون الحصول على معلومات كافية، ويوضح للمبحوثين أن الهدف هو جعلهم يتفاعلون بشكل أفضل فى المواقف الاجتماعية، ولا يقومون بإدانة الآخر اعتماداً علـى مؤشـرات ودلائـل مبدئية. ولتحقيق هذا الهدف يطلب من المبحوثين عمل تفاكر للأحداث الإيجابية أولاً ثم الأحداث السلبية والغامضة، ويتم تعليم المريض الفرق بين التخمينات والوقائع، ويتم التأكيد على أن التخمينات عن نوايا الفرد ودوافعه فى المواقـف الاجتماعيـة يمكن أن تؤثر على سلوكهم وعلاقتهم بالآخرين. **وتكرس مرحلـة الانـدماج** فـى تطبيق مهارات المعرفة الاجتماعية فى حياتهم اليومية؛ حيث يتدرب المبحوثين على استخدام الاستراتيجيات المعرفة الاجتماعية فى تفسير المواقف الإشكالية والخطوات المناسبة لحل هذه المواقف. وقد تم تقييم جـدوى برنـامج المعرفـة الاجتماعيـة

والتدريب التفاعلى[1] فى دراسة استطلاعية صممت لمدة (18) أسبوعاً، حيث يقدم هذا البرنامج فى (6) جلسات فى الأسبوع، وتستغرق الجلسة ساعة واحدة لمدة ثلاثة أشهر. وتم التعامل مع سبعة أفراد يعانون من الفصام المزمن ممن يعانون من صعوبات فى التعامل مع أقرانهم، حيث تراوح متوسط مدة المرض (12) عاماً، وكان معظم هذه المجموعة من الذكور بمتوسط عمرى (13)عاماً، ومتوسط سنوات التعليم (14) عاماً. وتضمنت بطارية الاختبارات التى تقدم قبل وبعد البرنامج بطارية الأعراض المختصرة ومهمة التحديد الانفعالى الوجهى ومهمة التلميح (نظرية العقل) واستخبار العدائية والنوايا الغامضة وهو اختبار جديد للتحيزات المعرفية الاجتماعية، وهو يتضمن مواقف معينة يطلب من المبحوثين تفسيرها، وتعكس استجابات المبحوثين مستوى العدائية لديهم. وقد كشفت نتائج الدراسة عن تحسن آداء نظرية العقل، ولم يكن هناك تحسن فى الإدراك الانفعالى.

وقد قام كثير من الباحثين بمناقشة استخدام تكنيكات علاجية مختلفة ومتنوعة لتنمية الإدراك الانفعالى (Frommann et al., 2003; Penn and Combs, 2000; Russell, Chu, & Phillips, 2006; Silver and Oakes, 2001; Wolwer et al., 2005). والمثال على ذلك استخدام برمجيات الكمبيوتر التى توجه بشكل مباشر للتحكم فى العناصر الرئيسة لمناطق الملامح الوجهية، مثل آداة التدريب على التعبيرات الدقيقة2 وقد كشفت هذه الآداة عن تحسن فى مهمة التدريب وكذلك مهمة المضاهاة الانفعالية غير اللفظية بعد جلسة واحدة من التدريب.

---

(1) Interaction training .
(2) the Micro-Expression Training Tool(METT)

وفى هذا الإطار تسعى دراسة روسيل (Rosell et al. 2008) إلى بحث دور التدريب على سلسلة من مهارات المعرفة الاجتماعية فى تحسن الإدراك الانفعالى الوجهى لدى مجموعة مكونة من (40) من مرضى الفصام غير المقيمين فى المستشفى، وقسمت هذه المجموعة إلى مجموعتين فرعيتين، تكونت المجموعة الأولى من (26) مريضاً تم تعريضهم للتدريب النشط على التعبيرات الدقيقة، وتكونت المجموعة الثانية وهى مجموعة التعرض المتكرر من (14) مريضاً. وتستخدم آداة التدريب على التعبيرات الدقيقة فى مجموعة التدريب النشط لتحسين الإدراك الانفعالى الوجهى. ويتم فى هذا التدريب عرض أربعة أزواج من الانفعالات الشائعة كالتالى (غضب/ اشمئزاز- ازدراء/ سعادة- خوف/ دهشة- خوف/ غضب) ويتم شرح الفروق بين التعبيرات الوجهية لفظياً مثال (يقوم الباحث بشرح كيف يكون الفم أكثر دائرية فى حالة الدهشة، فى حين أنه فى حالة الغضب تكون الضغوط والتوترات بادية فى حركة الشفاة أفقياً، وتوجه تعليمات للمشاركين لملاحظة هذه التعليقات والتعبيرات المعروضة، ثم تعرض تعبيرات وجهية أخرى ويطلب منه شرح التعبيرات الوجهية المعروضة لفظياً. أما بالنسبة للاستجابات غير الصحيحة فإن مبحوثيها يمكنهم رؤية التعبيرات الدقيقة مرة أخرى. وبالنسبة لمجموعة التعرض المتكرر تتبع نفس الإجراءات أثناء جلسة التدريب بلا صوت ولا عائد؛ حيث يقوم المشاركين بالتحكم فى عرض التعبيرات الوجهية ذاتياً مع وجود مقدرين خارجيين يمدونهم بالمساعدة عندما يطلبون ذلك. وقد كشفت نتائج الدراسة عن تحسن دقة الإدراك الانفعالى بشكل دال لدى مجموعة التدريب النشط بعد مرور أسبوع واحد من التدريب مقارنة بمجموعة التعرض المتكرر. وتمدنا نتائج الدراسة الراهنة بدليل واضح على دور التدريب النشط الذى يرتبط بالتغيرات

فى الانتباه البصرى للملامح الوجهية فى تحسن الإدراك الانفعالى. وتدعم هذه النتائج عزو الاضطراب فى الانتباه البصرى إلى القصور فى الإدراك الانفعالى لدى مرضى الفصام. وهذا ما يؤدى إلى اقتراح أحد الميكانيزمات لتنمية الإدراك الانفعالى الذى يتضمن إعادة توجيه الانتباه البصرى الذى يرتبط بملامح الوجه.

وعلى الرغم من أن تنمية الإدراك الانفعالى يؤدى إلى تعزيز الوظائف الاجتماعية إلا أنه لا يوجد أى من هذه التدخلات التى تركز بكل مباشر على المشكلات المتعلقة بالمسح الوجهى، الذى يحتمل أن يكون فى الواقع السبب الرئيسى لاضطراب الإدراك الانفعالى (Combs et al., 2008) ويمكن القول بأن تنمية الإدراك الانفعالى لا يمكن تحقيقه، كما أن المحافظة على هذا التحسن من الأمور التى يصعب تحقيقها فى كثير من الأحيان (Choi and Kwon, 2006; Frommann et al., 2003; Russell et al., 2006; Silver et al., 2004; Wölwer et al., 2005).

وبهذا ننتهى من عرض الطرق والمناحى المختلفة التى اتخذها الباحثون سعياً منهم لاكتشاف تدخلات علاجية جديدة لتيسير استعادة الوظائف الاجتماعية والمعرفية التى أصابها الاضطراب لدى المصابين باضطراب الفصام، والتى اعتبرت المعرفة الاجتماعية أحد أبرز صورها. ونكون بذلك قد وصلنا إلى المحطة الأخيرة من محطات هذا الكتاب الذى بدأناه بنظرة شاملة حول المعرفة الاجتماعية وأهمية دراستها، ثم عرض المفهوم على خريطة الاهتمام النفسى من خلال الجذور التاريخية للاهتمام به، وتعريفاته المختلفة، ومجالات الاهتمام به، ثم انتقلنا لعرض النظريات المختلفة المفسرة له ولمجالاته الفرعية، مروراً بالاهتمام بطرق قياسه،

ووصولاً لعرض نموذج لدراسة ميدانية قامت الباحثة بإجرائها فى سياق اهتمامها بالموضوع، وانتهاءً بالطرق المختلفة التى استخدمها الباحثون لتنمية المعرفة الاجتماعية ومجالاتها المختلفة موضع الاهتمام.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1- إبراهيم محمد المغازى. (2004). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتحصيل الدراسى لدى طلاب كلية التربية. **دراسات نفسية**. 14 (4): 469- 493.

2- أحمد حسام. (2006). فاعلية برنامج إرشادى فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لمجموعة من الأطفال المكفوفين. **رسالة ماجستير (غير منشورة)** معهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس.

3- أحمد عكاشة. (2003). **الطب النفسى المعاصر**. القاهرة: الانجلو المصرية.

4- أسامة أبو سريع. (1986). اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفسيين. **رسالة ماجستير(غير منشورة)**، جامعة القاهرة: كلية الآداب.

5- أمانى أحمد يحيى. (2002). التغيرات الارتقائية فى المعرفة الاجتماعية ومهارات التفاعل الاجتماعى فى الطفولة والمراهقة. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة القاهرة: كلية الآداب.

6- أسامة محمد الغريب. (2010). **الكفاءة الاجتماعية ومشكلات التعاطى والإدمان**. القاهرة: إيتراك.

7- إيان بنون. (2000). فحص الصراعات الزواجية. فى: س. ل. لينـدزاى؛ و. ج. ى. بول (محرران). **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين**. (315- 326). ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الانجلو المصرية.

8- جمعة سيد يوسف. (1990). التوافق النفسى. فى: عبد الحليم محمود السيد وآخرين. **علم النفس العام**. القاهرة: مكتبة غريب.

9- جيفرى ى. يونج؛ وآرون ت. بيك؛ آرثر واينبرجر. (2002). الاكتئاب. ترجمة صفوت فرج. فى: ديفيد ه. أ. بارلو (محرر). **مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية: دليل علاجى تفصيلى**. ترجمة صفوت فرج وآخرون. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

10- حامد عبد السلام زهران. (2003). **علم النفس الاجتماعى**. القاهرة: عالم الكتب.

11- دانييل جولمان. (2000). **الذكاء العاطفى**. الكويت: عالم المعرفة. العدد 262.

12- رشدى فام منصور، أحمد حسين الشافعى. (2003). **علم النفس الاجتماعى**. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

13- ر. و. بين. (1993). **الاضطرابات المعرفية**. ترجمة محمد نجيب الصبوة. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

14- رونالد ريجيو. (2006). **قائمة المهارات الاجتماعية**. تعريب وإعداد: عبد اللطيف محمد خليفة. القاهرة: دار غريب.

15- زيزت أنور. (2007). مدى فاعلية برنامج البورتاج فى تنمية بعض مهارات مساعدة الذات والمهارات الاجتماعية لدى طفل الروضة من 5 إلى 6 سنوات. **رسالة ماجستير (غير منشورة)** معهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس.

16- سحر حسن إبراهيم. (2006). أبعاد العدوان وبعض محدداته الوجدانية والمعرفية لدى مرضى الفصام. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة بنى سويف: كلية الآداب.

17- سماح خالد زهران. (2001). علاقة أبعاد عملية الإدراك الاجتماعى ببعض العمليات العقلية: دراسة بين أطفال المرحلة الابتدائية. **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، جامعة عين شمس: كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، قسم تربية الطفل

18- سميحة محمد على. (2001). إدراك الأطفال لشبكة علاقاتهم الاجتماعية. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة عين شمس: قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.

19- سوزان ه. أ. سبنس. (2000). فحص مشكلات التفاعل. فى: س. ل. ليندزاى؛ و. ج.ى. بول (محرران). **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين**. (265- 292). ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الانجلو المصرية.

20- سوزان ه. أ. سبنس. (2000). علاج مشكلات التفاعل. فى: س. ل. ليندزاى؛ و. ج. ى. بول (محرران). **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين**. (293- 312). ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الانجلو المصرية.

21- شعبان جاب الله رضوان. (1992). العلاقة بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة ومظاهر الاكتئاب. **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، جامعة القاهرة: كلية الآداب، قسم علم النفس.

22- شعبان جاب الله رضوان. (1992). **بطارية الاختبارات الخاصة بدراسة العلاقة بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة ومظاهر الاكتئاب**. جامعة القاهرة: كلية الآداب.

23- صفوت فرج. (2007). **القياس النفسى**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

24- صفوت فرج. (2012). **القياس النفسى**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

25- طريف شوقى. (1998). "**توكيد الذات: مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية**". القاهرة: دار غريب.

26- طريف شوقى. (2001). **المهارات الاجتماعية من منظور معرفى**. القاهرة: كلية الآداب.

27- طريف شوقى. (2003). **المهارات الاجتماعية والاتصالية**. القاهرة: دار غريب.

28- طريف شوقى. (2003) "المهارات الاجتماعية" فى: عبد الحليم محمود السيد (محرراً). **علم النفس الاجتماعى المعاصر**. (ص ص241- 283). القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

29- طريف شوقى. (2009). **تنمية التفكير متعدد الرؤي كاستراتيجية لمواجهة التطرف الفكري**، السعودية : جامعة الملك سعود.

30- عبد الحليم محمود السيد. (1979). **علم النفس الاجتماعى والإعلام: المفاهيم الأساسية**. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.

31- عبد الستار إبراهيم. (1998). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: عالم المعرفة.

32- عبد اللطيف محمد خليفة. (1989). "الإدراك الاجتماعى" فى: عبد الحليم محمود السيد وآخرين (محرراً). **علم النفس الاجتماعى**. القاهرة: دار آتون. (ص ص 405- 429).

33- عبد اللطيف محمد خليفة. (1990). "الانفعالات" فى: عبد الحليم محمود السيد (محرراً). **علم النفس العام**. القاهرة: مكتبة غريب. (ص ص 455-493).

34- عبد اللطيف محمد خليفة. (1997). المهارات الاجتماعية فى علاقتها بالقدرات الإبداعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى طالبات الجامعة. **حوليات كلية الآداب**: جامعة الكويت.

35- عبد اللطيف محمد خليفة. (2003). صورة المرأة الكويتية لدى طلاب الجامعة: دراسة مقارنة بين الجنسين. **دراسات فى علم النفس الاجتماعى**. القاهرة: دار غريب، المجلد الثالث.

36- عبد اللطيف محمد خليفة؛ عبد المنعم شحاته محمود. (1998). تصور الطلاب لخصال الأستاذ الجامعى الكفء فى العملية التعليمية. **دراسات فى علم النفس الاجتماعى**. القاهرة، دار دار قباء، المجلد الأول (ص ص 139: 200).

37- عثمان الخضر. (2002). الذكاء الوجدانى.. هل هو مفهوم جديد. **دراسات نفسية**. 12 (1): 5- 41.

38- فهد بن عبد الله الدليم. (2005). المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين. **دراسات عربية فى علم النفس**. 4 (1) 11- 50.

39- فؤاد البهى السيد، سعد عبد الرحمن. (2006). **علم النفس الاجتماعى: رؤية معاصرة**. القاهرة: دار الفكر العربى.

40- مايكل أرجايل. (1993). **سيكولوجية السعادة**. ترجمة فيصل يونس. الكويت: عالم المعرفة، العدد 175.

41- مجدى عبد الكريم حبيب. (1990). **اختبار الكفاءة الاجتماعية (كراسة التعليمات)**. القاهرة: دار النهضة المصرية.

42- محمد السعيد أبو حلاوة. (2009). **تعريف وقياس الكفاءة الاجتماعية:** مراجعة لأدبيات المجال. المكتبة الإلكترونية.

43- محمد السعيد أبو حلاوة. (بدون سنة). **اضطرابات التواصل الانفعالى**. المكتبة الإلكترونية.

44- محمد السيد عبد الرحمن. (2004). **علم النفس الاجتماعى المعاصر: مدخل معرفى**. القاهرة: دار الفكر العربى.

45- محمد نجيب الصبوة. (2000). النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعى (محكاته وعوامل الاستهداف) **دراسات نفسية**، 10 (3) 292- 344.

46- محمود عكاشة، أمانى عبد المجيد. (2012). تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال الموهوبين ذوى المشكلات السلوكية المدرسية. المجلة العربية لتطوير التفوق، 4 (3) 116- 147.

47- مصطفى سويف. (1970). **مقدمة لعلم النفس الاجتماعى**. القاهرة: الأنجلو المصرية، الطبعة الثالثة.

48- فلاح البلعاسى العنزى. (2000). **علم النفس الاجتماعى**، الطبعة الثانية. الرياض: الناشر هو المؤلف.

49- معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة. (2001). **علم النفس الاجتماعى**. القاهرة: دار غريب.

50-وليم و. لامبرت، وولاس إ. لامبرت. (1998). **علم النفس الاجتمـــاعى**. ترجمة (وليم لامبرت، ولاس لامبرت) مراجعة (محمد عثمـــان نجـــاتى) القاهرة: دار الشروق.

51- Abdel-Hamid, M., Lehmkamper, C., Sonntag, C., Juckel, G., Daum, I& Brune, M. (2009). Theory of mind in schizophrenia: The role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. **Psychiatry Research** (165) 19–26.

52- Abou Youssef, I.M .(2005). **Comunication skills**. Cairo: Faculty of Mass Communication.

53- Achaval, D., Villarreal., M.F., Costanzo., E.Y ., Douer., J., Castro., M.N., Mora, M.C., Nemeroff., C.B. (2012). Decreased activity in right-hemisphere structures involved in social cognition in siblings discordant for schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 134 (2) 171-179.

54- Achim, A. M., Ouellet, R., Lavoie, M., Vallieres, C., Jackson, P.L., Roy, M. (2013). Impact of social anxiety on social cognition and functioning in patients with recent-onset schizophrenia spectrum disorders. **Schizophrenia Research**, 145(1) 75-81.

55- Addington, J& Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. **Schizophrenia Research** (99) 176–181.

56- Addington, J&Piskulic, D. (2010). Social cognition and functional autcom are separate domains in Schizophrenia. **Schizophrenia Research** (In press).

57- Addington, J., Penn, D., Woods, S.W., Addington, D& Perkins, D.O. (2008). Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. **Br. J. Psychiatry** (192) 67–68.

58- Addington, J., Saeedi, H& Addington, D. (2005). The course of cognitive functioning in first episode psychosis: changes over time and impact on outcome. **Schizophr. Res**. (78) 35–43.

59- Addington, J., Saeedi, H& Addington, D. (2006a). Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? **Schizophr. Res**. 85 (1–3) 142–150.

60- Addington,J& Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. **Schizophr. Bull.** (25)173–182.

61- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. **Curr. Opin. Neurobiol.** (11) 231–239.

62- Aguirre, F., Sergi M.J& Levy, C.A. (2008). Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy. **Schizophrenia Research** (104) 255–264.

63- Allen, D.N., Strauss, G.P., Donohue, B& Kammen, D.P. (2007). Factor analytic support for social cognition as a separable cognitive domain in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (93) 325–333.

64- Argyle, M.& Cook, M. (1981). Gaze and mutual gaze. London: Cambridge university press.

65- Argyle. M. (1981). Social Competence and mental health. In Argyle (ed) **Social skills and health**. London: Methuen& Co. Ltd.

66- Asarnow, R.F., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Fogelson, D.L.,Torquato, R.D., Payne, D.L., Asamen, J., Mintz, J& Guthrie, D. (2002). Neurocognitive impairments in nonpsychotic parents of children with schizophrenia and attention-deficit/hyperactivity disorder. the University of California, Los Angeles Family Study. **Arch. Gen. Psychiatry** (59)1053–106 .

67- Baron, R. A& Byrne, D. (1997). **Social psychology** (7ed) Boston: Allen& Bacon.

68- Baron, R. A& Byrne, D. (2000). **Social psychology** (9ed) Boston: Allen& Bacon.

69- Baron, R.A., Branscombe, N.R& Byrne, D. (2008). **Social psychology**. (12th ed) Boston: Allen& Bacon.

70- Becker, R. E.& Heimberg, R. G. (1988). Assessment of social skills. In Alans, S. Bellack& Michel, H. (Eds), **Behavioral assessment**. New York: pergamon press.

71- Behere RV, Venkatasubramanian G, Arasappa R, Reddy N, Gangadhar BN. (2009) Effect of risperidone on emotion recognition deficits in antipsychotic-naive schizophrenia:A short-term follow-up study. **Schizophr Res**, 113:72–6.

72- Behere, R.V., Venkatasubramanian, G., Arasappa, R., Reddy, N. N& Gangadhar, B. N. (2011). First rank symptoms& facial emotion recognition deficits in antipsychotic naïveschizophrenia: Implications for social threat perception model. Progress in **Neuro-Psychopharmacology& BiologicalPsychiatry** (In press).

73- Bell, M., Bryson, G., Lysaker, P., (1997). Positive and negative affect recognition in schizophrenia: a comparison

with substance abuse and normal control subjects. **Psychiatry Res**. 73, 73–82.

74- Bellack, A., Brown, C., Thomas-Lohrman, S. (2006). Psychometric characteristics of role-play assessments of social skill in schizophrenia. **Behav Ther**. 37, 339–352.

75- Bellack, A.S., Kim, M.T., Mueser, K,T& Wade, J. (1989).Social competence in schizoaffective disorder, bipolar disorder, and negative and non-negative schizophrenia.**Schizophrenia Research** (2) 391-401.

76- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S,. (1997). **Social Skill Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide**. The Guilford Press.

77- Bertrand, M. C., Sutton, H., Achim, A. M., Malla, A. K& Lepage, M. (2007).Social cognitive impairments in first episode psychosis. **Schizophrenia Research** (95) 124-133.

78- Biehl, M., Matsumoto, D., Ekman, P., Hearn, V., Heider, K., Kudoh, T.,Ton, V. (1997). Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasianfacial expressions of emotion (JACFEE): Reliability data and crossnational differences. **Journal of Nonverbal Behavior** 21, 2–21.

79- Bora, E., Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. **Schizophrenia Research, Article in Press.**

80- Bowie, C.R., Reichenberg, A., Patterson, T.L., Heaton, R.K&Harvey, P.D. (2006). Determinants of real world functional performance in schizophrenia: correlations with cognition, functional capacity and symptoms. **Am. J. Psychiatry** (163) 418–425.

81- Brune, M, Abdel-Hamid, M., Lehmkämper, C& Sonntag, C. (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning and psychopathology: What predicts poor social competence in schizophrenia best. **Schizophrenia Research** (92) 248– 256.

82- Brune, M. (2005). 'Theory of mind' in schizophrenia: a review of the literature. **Schizophr. Bull** (31) 21–42 .

83- Brune, M. (2008). Non-verbal behaviour and social cognition in schizophrenia spectrum disorders. Abstracts for oral sessions. **European Psychiatry** (23) 1-80.

84- Brune, M. Schaub D., Juckel, G., Langdon, R. (2011). Social skills and behavioral problems in schizophrenia: The role of mental state attribution, neurocognition and clinical symptomatology. **Psychiatry Research** (190) 9–17.

85- Brune, M., Abdel-Hamid, M., Sonntag, C., Lehmkämper, C&Langdon, R. (2009). Linking social cognition with social interaction: Non-verbal expressivity, social competence and "mentalising" in patients with schizophrenia spectrum disorders. **Behavioral and Brain Functions**, 1– 10.

86- Bucci, P., Piegari, G., Mucci, A., Merlotti, E., Chieffi, M., (2013). Neurocognitive individualized training versus social skills individualized training: A randomized trial in patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 150, 69–75.

87- Buchanan, R.W., Davis, M., Goff, D., Green, M.F., Keefe, R.S., Leon, A.C., Nuechterlein, K.H., Laughren, T., Levin, R., Stover, E., Fenton, W& Marder, S.R. (2005). A summary of the FDA-NIMH MATRICS workshop on clinical trial design for neurocognitive drugs for schizophrenia. **Schizophr. Bull**. (31) 5–19.

88- Burack, J. (2003). The domain specificity of resilience in native adolescents from remote community. **Educational psychology**, 41(1), 27– 46.

89- Carlyon, W.D. (1997). Attribution retraining Implications for its integration into perspective skill training, Social Psychology Review 26 (1), 61–73

90- Chan,W.D.(2003). Dimensions of Emotional intelligence and their relationship with social coping among giftedadole scence in Hong Kong . Journal of youth and adolescence, 32(6),409- 418

91- Choi, K.H., Kwon, J.H., (2006). Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. Community **Ment. Health J**. 42, 177–187.

92- Chung, Y.S., Kang, D.H., Shin, N.Y., Yoo, S.Y& Kwon, J. S. (2008). Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. **Schizophrenia Research** (99) 111-118.

93- Cobb, S.& Houek,J. (1998). Social skills enhancement through video boundaries. Education Journal of instructional psychology, 25 (3),181–184

94- cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. **Neuropsychol. Rev.** 11, 197–210.

95- Cohen, A.S., Forbes, C.B., Mann, M.C., Blanchard, J.J.(2006). Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. **Schizophr. Res.** 81, 227–238.

96- Combs, D. R., Tosheva, A. Penn, D. L., Basso, M. R., Wanner, J. L., Laib, K. (2008). Attentional-shaping as a means to improve emotion perception deficits in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (105) 68–77

97- Combs, D.R., Elerson, K., Tiegreen, J.A., Nelson, A., Ledet, S.N& Basso, M. R. (2009). Stability and generalization of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia: Six-month follow-up results.**Schizophrenia Research** (112) 196–197.

98- Comparelli, A., Corigliano, V., Carolis, A.D., Mancinelli, I., Trovini, G., Ottavi, G., Dehning, J. (2013). Emotion recognition impairment is present early and is stable throughout the course of schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 143(1) , 65-69.

99- Couture , S. M., Penn, D. L., Addington , J., Woods, S. W& Perkins, D.O. (2008). Assessment of social judgments and complex mental states in the early phases of psychosis. **Schizophrenia Research** (100) 237-241.

100- Couture, S.M., Granholm E.L& Fish, S.C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, socialcompetence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (125) 152–160.

101- Couture, S.M., Penn, D.L& Roberts, D.L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A Review. **Schizophr. Bull** (32) S44–S63.

102- cultures: standardized measures of discrimination and experience. **Schizophrenia Research** 42, 57–66.

103- Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Weiser, M., Kaplan, Z&Mark, M. (1999). Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. **Am. J. Psychiatry** (156) 1328–1335.

104- Deaux, K.,Wrightsman, L. (1984). **Social psychology in the eighties**. (4 ed) Montery: California

105- deluded schizophrenics. **Neuropsychologia** 35 (1), 99–105.

106- Demirbuga, S., Sahin, E., Ozver, I., Aliustaoglu, S., Kandemir, E., Varkal, M.D., Emul, M. (2013). Facial emotion recognition in patients with violent schizophrenia. **Schizophrenia Research,** Article (in Press).

107- Depaulo, B. M& Friedman, H. S.(1998). Nonverbal Comunication. In Gilbert, D.T., Fiske, S.T& Lindzey, G. **The Handbook of Social Psychology** (4 ed) Vol. 11, Boston: The Mcgrow– Hill Co., Inc, 3– 40.

108- Dodge, K.A., Pettit, G.S. McClaskey, C.L. (1986). Social competence in children. Monographs of the society for research. **Child Development** 51 (2) No. 213.

109- Edwards, J., Jackson, H.J& Pattison, P.E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. **Clin. Psychol. Rev** (22) 1267–1285.

110- Erwin, R.J., Gur, R.C., Gur, R.E., Skolnick, B., Mawhinney-Hee, M., Smailis, J. (1992). Facial emotion discrimination: 1. Task construction and behavioral findings in normal subjects. **Psychiatry Res.** 42, 231–240.

111- Fanning, J. R., Bell, M. D., Fiszdon, J.M. (2012). Is it possible to have impaired neurocognition but good social cognition in schizophrenia.**Schizophrenia Research,** 135 (1), 68-71.

112- Fantie, B. D& Karavatos, A. (2007). Impaired emotion perception in schizophrenia: A differential deficit. **Psychiatry Research** (149) 279–284.

113- Feingold, A. (1992) .Good looking are not what we think. **Psychological Bulletin**, 111, 304- 341.

114- Fraguas, D., Mena, A., Franco, C., Martín-Blas, M. M., Nugent, K& Rodríguez-Solano, J.J. (2008). Attributional style, symptomatology and awarenessof illness. **Schizophrenia Psychiatry Research** (158) 316–323.

115- Frommann, N., Streit, M., Wölwer, W., (2003). Remediation of facial affect recognition in patients with schizophrenia: a new training program. **Psychiatry Res** 117, 281–284.

116- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman,R. P., Blair, K. Wirshing, W. C., Wirshing, D. A., Mintz, D. R. J., (2002). Supplementing Clinic-Based Skills Training With Manual-Based Community Support Sessions: Effects on Social

Adjustment of Patients With Schizophrenia. **Am J Psychiatry**; 159:829–837.

117- Goldstein, J. (1980). **Social psychology**, International edition. New York: academic press.

118- Granholm, E. Ben-Zeev, D. and Peter, C. (2009). Social Disinterest Attitudes and Group Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Functional Disability in Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 35 (5) 874–883.

119- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis , D. M.S., Pedrelli, P., Patterson,M.A.T., et al., (2005) . A Randomized, Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients With Chronic Schizophrenia. **Am J Psychiatry**; (162): 520–529.

120- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? **Am. J. Psychiatry** (153) 321–330.

121- Green, M.F., Kern, R.S& Heaton, R.K. (2004a). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. **Schizophr. Res.** (72) 41–51.

122- Green, M.F., Nuechterlein, K.H& Gold, J.M. (2004b). Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICS conference to select cognitive domains and test criteria. **Biol. Psychiatry** (56) 301–307.

123- Green, M.F., Nuechterlein, K.H& Mintz, J. (1994). Backward masking in schizophrenia and mania. **Arch. Gen. Psychiatry** (51) 945–951.

124- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L& Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. **Schizophr. Bull**. (31) 882–887.

125- Green,M., Kern, R.S., Braff, D.L& Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff". **Schizophr. Bull**. (26) 119–136.

126- Greenberg, M., Speltz, M.,& Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behaviour problems. **Development and Psychopathology**, 5, 191- 213.

127- Habel, U., Gur, R.C., Mandal, M.K., Salloum, J.B., Gur, R.E., Harrington, L. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a critical review. Cognitive. **Neuropsychiatry**. (10) 249–286.

128- Hayes, R; Halford, W. & Vaghese, F. (1995). Generlisation of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophreni patients. **Occupational therapy in mental health**. 11(4): 3- 20.

129- Hogan,G. (2003). Training program to increasing the responsibility levels of fourth grade gifted children by promoting positive character, and behaviours. Nova South Eastern University.

130- Hogarty, G.E., Flesher, S., Urlich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue Geile, M., Kechavan, M., et al. (2004). Cognitive enhancement therapy.

131- Horan W.P., Kern, R.S., Fadai K. S., Sergi, M. J., Wynn J. K& Green M. F. Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients.**Schizophrenia Research** (In press).

132- Horan,W.P., Kern, R.S., Green, M.F& Penn, D.L. (2009). Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence. Am. J. **Psychiatr. Rehabil** (11) 205–252.

133- Horton, H.K& Silverstein S. M. (2008). Social cognition as a mediator of cognition and outcome among deaf and hearing people with schizophrenia. **Schizophrenia Research,** (105) 248– 256.

134- Huang,J., Xu,T& Chan, C.K. (2011). Do patients with schizophrenia have a general or specific deficit in the perception ofsocial threat? A meta-analytic study. **Psychiatry Research** (185) 1–8.

135- Hui-jie Li., Chan, R. C. K., Gong, Q. Y., Liu, Y., Liu, S. M., Shum, D., Ma, Z. L. (2012). Facial emotion processing in patients with schizophrenia and their non-psychotic siblings: A functional magnetic resonance imaging study **Schizophrenia Research,** 134(2)143-150.

136- Ihnen, G.H., Penn, D. L., Corrigan, P.W& Martin, J. (1998). Social perception and social skill in schizophrenia. **Psychiatry Research** (80) 275-286.

137- Jackson, H. J., Minas, H., Burgess, P. M., Joshua, D. J., Charisiou, S& Campbell, I. M. (1989). Negative symptoms and social skills performance in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 2 (6) 45- 463.

138- Jalbrzikowski, M., Carter, C., Senturk , D., Chow, C., Hopkins, J. M., Green, M. F., Galván, A. (2012). Social cognition in 22q11.2 microdeletion syndrome: Relevance to psychosis. **Schizophrenia Research**, 142 (1) 99-107.

139- Janssens,M., Lataster,T., Simons,C.J.P., Oorschot, M., Lardinois, M., Os, J.V., Germeys, M.I. (2012) Emotion recognition in psychosis: No evidence for an association with real world social functioning. **Schizophrenia Research,** 142(1) 116-121.

140- Juckel, G& Cave, C. (2008). Kinematic analysis of facial expression behaviour in psychiatric patients . Abstracts for oral sessions. **European Psychiatry** (23) 1-80.

141- Kee, K.S., Green, M.F., Mintz, J& Brekke, J.S. (2003). Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? **Schizophr. Bull.** (29) 487–497.

142- Kee, K.S., Kern, R.S&Green, M.F. (1998). Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: What's the link? **Psychiatry Res.** (81) 57–65.

143- Kerr,L. Neale, N. (1993). Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generelized poor performance? **Journal of Abnormal Psychology,** 102, 312- 318.

144- Kettle, J. W.L., O'Brien-Simpson, L& Allen, N. B. (2008). Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls. **Schizophrenia Research**, (99) 96–102.

145- Kimmel,Sh. (2002). Improving the social skills of Fourth and fifth grade cognitively gifted students. Doctor of education, faculty of education, Nova southeastern University. Eric Data base, Ed. 470_518.

146- Kinney, J.M., Fantie, B.D., Pascualvaca, D.M., Rodriguez, D., Mirsky, A.F. (1995). Comprehension of affect in children with pervasive developmental disorders: deficits in matching faces to cartoon situations. **Journal of the International Neuropsychological Society**,1, 156–157.

147- Knapp, M. L. (1978). Nonverbal **Communication in Human Interaction** (3 ed). New York: Purdue University.

148- Kosmidis, M. H., Bozikas, V. P., Bozikas, Giannakou, M., Anezoulaki, D. Fantie, B.D& Karavatos, A. (2007).

Impaired emotion perception in schizophrenia: A differential deficit. **Psychiatry Research** (149) 279–284.

149- Krauss, R. M& Chio, C. Y. (1998). Language and Social Behavior, In Gilbert, D. T., Fiske, S. T& Lindzey, G. **The Handbook of Social Psychology** (4 ed) Vol. 11, Boston: The Mcgrow– Hill Co., Inc, 41-88.

150- Kunda, Z. (1999). **Social Cognition: making sence of people.** Cambridge, MA: MIT press.

151- Kurtz, M.M., Moberg, P.J., Gur, R.C., Gur, R.E., (2001). Approaches to

152- Langdon, R., Connaughton, E& Polito,V. (2008). Normative social knowledge and social cognition dissociate in schizophrenia Abstracts.**Schizophrenia Research** (102)1–3, Supplement (2) 1–279.

153- Larocci, G., Yager, J& Elfers, T. (2007). What gene–environment interactions can tell us about Brain and Cognition social competence in typical and atypical populations. **Schizophrenia Research** (65) 112–127.

154- Leblance, L. (1997) . Social skills in adults with severe disabilities. Dssertation Abstracts International. Section-B: **The Science and Engineering**. 58(2-B) 0418.

155- Lee, K.H., Farrow, T.F., Spence, S.A& Woodruff, P.W. (2004) Social cognition, brain networks and schizophrenia. **Psychol. Med**. 34, 391–400.

156- Lenzenweger, M.F., Dworkin, R.H. (1987). Assessment of Premorbid Social Competence in Schizophrenia: A Methodological Note. **Journal of Abnormal Psychology,** 96 (4) 367-369.

157- Lugnegard, T., Hallerback, M.U., Hjarthag, F., Gillberg, C. (2013). Social cognition impairments in Asperger syndrome and schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 143(2) 277-284.

158- Lysaker, E., Lancaster, R.S., Nees& Davis L.W. (2003). Attrebutional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia Roudebush Va Med Center, Indianapolis in USA International Congress on **Schizophrenia Research**.

159- Lysaker, P. H., McCormick, B P., Snethen, G., Buck, K. D., Hamm, J.A., Grant M., Nicolò, G& Dimaggio, G.(2011).Metacognition and social function in schizophrenia: Associations of mastery with functional skills competence. **Schizophrenia Research**, 131(1-3) 214-218.

160- Markus, H., (1977). Self schemata and processing information about the self. **Journal of personality and social psychology**, (35) 63- 78.

161- Marsh, P.J., Luckett, G., Russell, T., Coltheart, M., Green, M.J .(2013). Effects of facial emotion recognition remediation on visual scanning of novel face stimuli. **Schizophrenia Research,** 141(2) 234-240.

162- Mathews, J. R& Barch, D. M. (2010). Emotion Responsivity, Social Cognition and Functional Outcome in Schizophrenia. **Journal of Abnormal Psychology**, 119 (1) 50-59.

163- McKibbin, C.L., Brekke, J.S., Sires, D., Jeste, D.V., Patterson, T.L. (2004). Direct assessment of functional abilities: relevance to persons with schizophrenia. **Schizophr. Res**. 72, 53–67.

164- Mehta, U., Basavaraju, R., Thirthalli, J., Gangadhar, B. N. (2012). Mirror neuron dysfunction- a neuro-marker for social cognition deficits in drug naive schizophrenia. **Schizophrenia Research,**141(2) 281-283.

165- Mellacqua, Z., Eyeson, J., Orr, K.D., Morgan, K.D., Zanelli, J., Lloyd, T., Morgan, C. (2012). Differential

relationship between neurological and cognitive dysfunction in first episode psychosis patients and in healthy individuals. **Schizophrenia Research**, 142(1) 159-164.

166- Meyer, M. B& Kurtz, M. M. (2009). Elementary neurocognitive function, facial affect recognition and social-skills in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (110) 173–179.

167- Miller, D. & Cole, C. (1998). Effects of Soial skills training on an adolescence with omorbid conduct disorder. **Child and family behavior therapy**. 20 (1) 35- 53.

168- Mueser, K, T., Bellack, A. S., Morrison, R. L& Wade, J. H. (1996a). Gender, Social Competence, and Symptomatology in Schizophrenia: A Longitudinal Analysis. **Journal of Abnormal Psychology** (99) 138-158.

169- Mueser, K, T., Bellack, A. S., Morrison, R. L& Wixted, J. T. (1990). Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. **Journal of Psychiatric Research** (24) 51-63.

170- Mueser, K.T& Bellack, A.S. (1998). Social skills and social functioning. In: Mueser, K.T., Tarrier, N. (Eds.) **Handbook of social functioning in schizophrenia**. Allyn and Bacon, Boston, pp. 79–96.

171- Mueser, K.T., Doonan, R., Penn, D.L., Blanchard, J.J., Bellack, A.S&Nishith, P. (1996b). Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. **J. Abnorm. Psychol**. (105) 271–275.

172- Mueser, K.T., Pratt ,S.I., Bartels S J., Forester, B. Wolfe, R., Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. **Journal of Neurolinguistics**, (2)3 297–317.

173- Nelson, A.L., Combs D.R., Penn, D.L,. Basso, M.R. (2007). Subtypes of social perception deficits in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (94) 139– 147.

174- Nienow, T.M., Docherty, N.M., Cohen, A.S., Dinzeo, T.J. (2006). Attentional dysfunction, social perception, and social competence: what is the nature of the relationship? **J. Abnorm. Psychol**. 115, 408–417.

175- Nuechterlein, K.H., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., Green, M.F& Heaton, R.K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. **Schizophr. Res.** (72) 29–39.

176- Park, K., Kim., K. J., Kim, S ,Y., Lee, H. R., Kim, S& Yoon, K, J. (2009). Neural basis of attributional style in schizophrenia. **Neuroscience Letters,** (459) 35– 40.

177- Park, K., Ku, J., Choi, S., Jang, H., Park, J., Kim, S., Kim J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. **Psychiatry Research**, 189 166–172.

178- Patterson,T. L., Moscona, S., McKibbin, C.L., Davidson, K&Jeste, D. V. (2001). Social skills performance assessment among older patients withschizophrenia. **Schizophrenia Research** (48) 351- 360.

179- Penn , D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D& Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context.

Psychiatry Research (109) 149-159.

180- Penn, D, L., Mueser, K. T., Spaulding, W., Hope, D. A., Reed, D& Dorie, D. A. (1996b). Information Processing

and Social Competence in Chronic Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** (21) 269-281.

181- Penn, D. L& Roberts, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. **Psychiatry Research** (166) 141–147.

182- Penn, D., Combs, D& Mohamed, S. (2001). Social cognition and social functioning in schizophrenia. In: Corrigan, P.W., Penn, D. (Eds.) **Social cognition and schizophrenia**. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 27–121.

183- Penn, D., Combs, D. (2000). Modification of affect perception deficits in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (46) 217–229.

184- Penn, D., Combs, D. (2000). Modification of affect perception deficits in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (46) 217–229.

185- Penn, D., Roberts, D.L., Munt, E.D., Silverstein, E., Jones, N& Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. **Schizophr. Res**. (80) 357–359.

186- Penn, D.L., Addington, J& Pinkham, A. (2006). Social cognitive impairments. In: Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (Eds.) American Psychiatric Association Textbook of Schizophrenia. **American Psychiatric Publishing Press,** inc., Arlington, VA, pp. 261–274.

187- Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P., Racenstein, J.M& Newman, L. (1997b). Social cognition in schizophrenia. **Psychol. Bull.** (121) 114–132.

188- Penn, D.L., Spaulding, W., Reed, D., Sullivan, M., Mueser, K.T&Hope, D.A. (1997). Cognition and social functioning in schizophrenia. **Psychiatry Research** (60) 281–291.

189- Penn, D.L., Spaulding, W.D., Reed, D& Sullivan, M. (1996). The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. **Schizophr. Res**. (20) 327–335.

190- Pennett, L., Sermud- Clikman, M., & Emmer, E. (2002). Attribution of medications improvement in children with ADHD. Paper to be presented at the annual conference of the **American psychological association**, Washinton, D. C.

191- Phillips, M.L., David, A.S., (1997). Visual scan paths are abnormal in

192- Pijnenborg, G.H., Withaar, F.K., Evans, J.J., Bosch, R.J., Timmermans, M.E& Brouwer W.H. (2008). The clinical relevance of social cognition in schizophrenia. Abstracts/ **Schizophrenia Research** 102/1–3, Supplement (2) 1–279.

193- Piskulic, D., Addington, J& Maruff, P. (2010). Social cognition in schizophrenia: aquantitativereview of the literature (In press).

194- Pousa, E., Duno, R. J., Navarro, B& Jordi, R. (2008). Exploratory study of the association between insight and theory of mind (TOM) in stable schizophrenia patients Abstracts/ **Schizophrenia Research** 102/1–3, Supplement (2) 1–279.

195- Proteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinharz, D&Stip, E. (2004). The crucial role of sustained attention in community functioning in outpatients with schizophrenia. **Psychiatry Res**. (129) 171–177.

196- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinharz, D&Stip, E. (2005). Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome

in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. **Schizophr. Res.** (77) 343–353.

197- Raven, B. H., Rubin, J. Z. (1976). **Social Psychology** (2 ed). New York.

198- Reeder, C., Newton, E., Frangou, S., Wykes, T., (2004). Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change? A study of a cognitive remediation therapy program. **Schizophrenia Bulletin** 30 (1), 87–100.

199- Reeder, C., Smedley, N., Butt, K., Bogner, D., Wykes, T. (2006). Cognitive predictors of social functioning improvements following cognitive remediation for schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 32 (1), S123–131.

200- Riggio, R. E. (1986). Assessment of Basic Social Skills. **Journal of personality and Social Psychology** (51) 649–660.

201- Roberts, D. L., Penn, D. L., Combs, D., (2006). **Social Cognition and Interaction Training.** Unpublished treatment manual. University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

202- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo , M., Ribas-Sabaté, J., Caqueo-Urízar, A., (2013) A brief cognitive–behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. **Schizophrenia Research**, 143 327–336.

203- Russell, T.A., Chu, E., Phillips, M.L. (2006). An investigation of the effectiveness of emotion recognition remediation in schizophrenia using the micro-expression training tool. **British Journal of Clinical Psychology** 45, 579–583.

204- Russell, T.A., Green, M.J., Simpson, I., Coltheart, M. (2008). Remediation of facial emotion perception in schizophrenia: Concomitant changes in visual attention. **Schizophrenia Research**, (103) 248– 256.

205- Saarni, C., (1999). **The development of emotional competence**. New York: Guilford press.

206- Sachs, G., Winklbaur, B., Jagsch, R., Lasser, L., Kryspin-Exner, I., Frommann, N., Wolwer, W. (2012). Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia- Impact on functional outcome. **Schizophrenia Research**, 138(2) 262-267.

207- Schneider, F., (2000). Emotional processing in schizophrenia across schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**, 61, 866–876.

208- Sears, D.O., Fredman, J.M& Peplau, L.A. (1985). **Social psychology**, prentice- hall, inc., United States of America

209- Semrud, Clikman, M.& Shaefer, V. (2001). Social competence developmental disorders. **Journal of psychotherapy in independent practice** (4) 3- 20.

210- Sergi, M& Green, M.F. (2002). Social perception and early visual processing in schizophrenia. **Schizophrenia Research** (59) 233– 241.

211- Sergi, M.J., Fiske, A.P., Horan, W.P., Kern, R.S., Kee, K.S., Subotnik, K, L., Nuechterlein, K. H., Green, F. (2009). Development of a measure of relationship perception in schizophrenia. **Psychiatry Research** (166) 54-62.

212- Sergi, M.J., Rassovsky, Y., Nuechterlein, K.H& Green, M.F. (2007). Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. **Am. J. Psychiatry** (163) 448–454.

213- Silver, H., Goodman, C., Knoll, G., Isakov, V., (2004). Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia: a pilot study. **Psychiatry Res**. 128, 147–154.

214- Silver, H., Goodman, C., Knoll, G., Isakov, V., (2004). Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia: a pilot study. **Psychiatry Research** 128, 147–154.

215- Silver, M., Oakes, P., (2001). Evaluation of a new computer intervention to teach people with autism or Asperger syndrome to recognize and predict emotions in others. **Autism** 5 (3), 299–316.

216- Smart, D& Sanson, A(2005). Social competence in yong adulthood, its nature and antecedents. **Austrlian institute of family matters**. PPI: 9.

217- Smith, T. E.; Bellack, A. S.& Liberman, R. P. (1996). Soial skills training for schizophrenia: Review and future direction. **Clinical psychology review**. 16 (7) 599- 617.

218- Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., Weiler, M., (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. **Schizophr. Bull.** 25, 657–676.

219- Spene, S.H. (2003). Soial skills training with children and young people: therapy, Evidence and practice. **Child& Adolescent Mental Health**. 8(2), 84- 96.

220- Speranza, M. (2008). Cognitions sociales et schizophrénie à debut precoce_Social cognition and early onset schizophrenia. **Neuro psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence** (In press).

221- Stirling, J., White, C., Lewis, S., Hopkins, R., Tantam, D., Huddy, A&Montague, L. (2003). Neurocognitive function and outcome in firstepisode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. **Schizophr. Res.** (65) 75–86.

222- Thompson,A., Papas,A., Bartholomeusz, C., Allott, K., Amminger, G. P., Nelson, B., Wood, S. (2012). Social cognition in clinical "at risk" for psychosis and first episode psychosis populations. **Schizophrenia Research** 141(2) 204-209.

223- Toomey., Sculdberg , D., Corrigan, P& Green, M. F. (2002). Non verbal social perception and symptomatology in schizophrenia Rosemary. **Schizophrenia Research** (53) 83– 91.

224- Turner, S. Calhoun, K.& Adams, H. (1992). **Handbook of Clinical Behaviour Therapy**, New York: John Willy& Sons, Inc.

225- Twamley, E.E., Jeste, D.V., Bellack, A.S., (2003). A review of cognitive training in schizophrenia. **Schizophr. Bull.** 29, 359–382.

226- van der Gaag, M., Kern, R.S., van den Bosch, R.J., Liberman, R.P., (2002). A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 28 (1), 167–176.

227- Vaskinn , A . Sundet, K ., Hultman, C. M. Friis, S Andreassen , O. A. (2009). Social problem-solving in high-functioning schizophrenia: Specific deficits in sending skills. **Psychiatry Research**, 165, 215–223.

228- Vaskinn, A., Sundet, K., Friis, S., Simonsen, C., Birkenaes, A.B., Jonsdottir, H.,Ringen, P.A., Andreassen, O.A.(2008). Emotion perception and learning potential: mediators between neurocognition and social problemsolving in schizophrenia? **J. Int. Neuropsychol. Soc.** 14, 279–288.

229- Vaughn, B.C.; Azria,U.R.; Krzysik,L; Caya, L.R.; Bost, K.K.& Kazura, K.L. (2000). Friendship and social competence in a sample of preschool children attending head start, Developmental psychology, 36(3),326–338.

230- Vaughn, S. R.& Haager, D. (1994). Social competence amultifacted construct: how do students with learning disabilities fare? **Leaning disability quarterly**, 17, 253-266.

231- Vauth, R., Barth, A., Stieglitz, R.D., (2001). Evaluation of cognitive strategy training in vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis 30 (4), 251–258.

232- Wolwer,W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit,M., Gaebel, W., (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program. **Schizophrenia Research** 80 (2–3), 295–303.

233- Wallace, C. J. Paul, V. Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. **Psychiatry Research**, 15, (3),239-247.

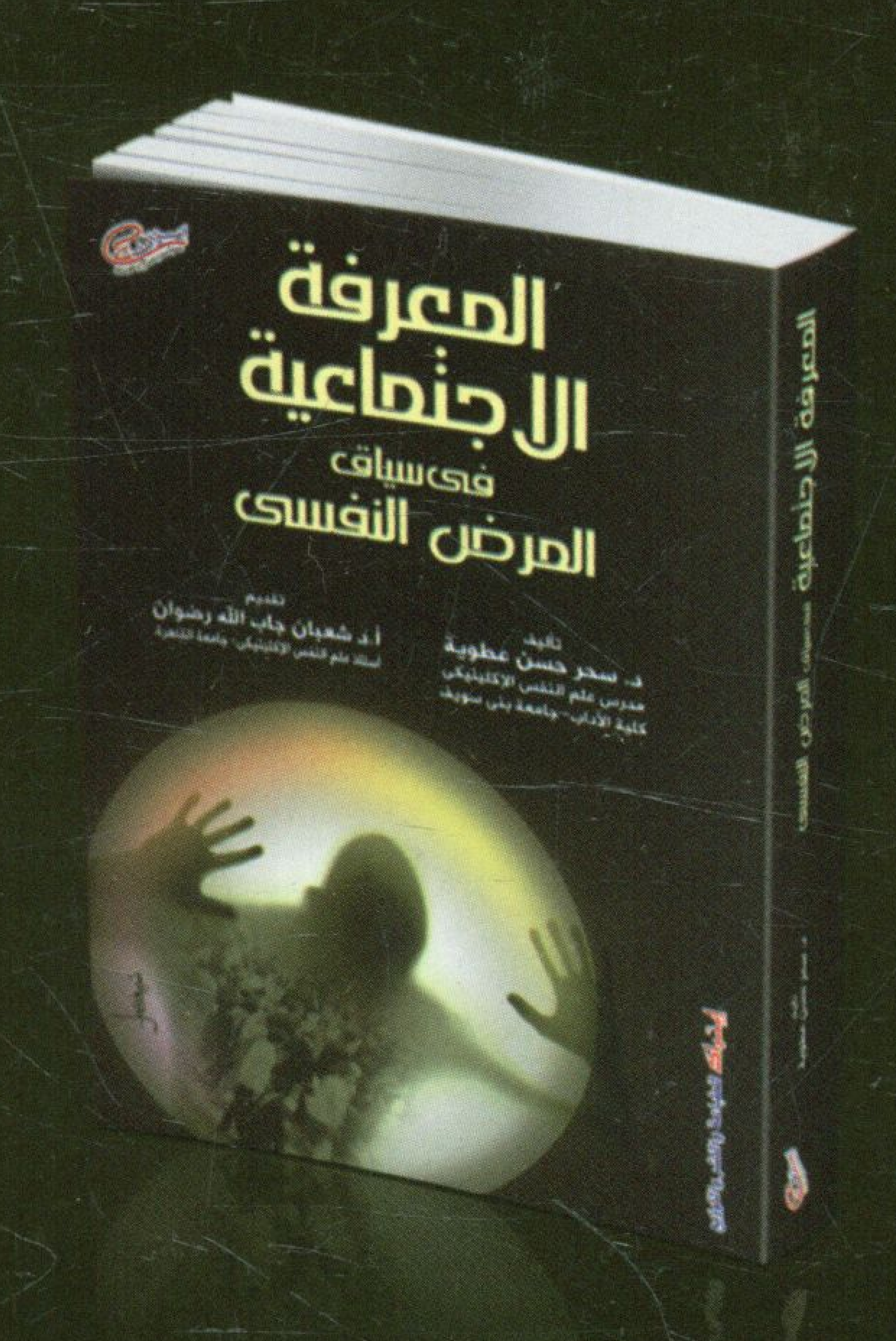
234- Williams, L.M., Whitford ,T.J., Flynn, G., Wong , W., Liddell, B.J., Silverstein, S., Galletly, C., Harris, A.W. F&Gordon, E. (2008). General and social cognition in first episode schizophrenia:Identification of separable factors and prediction of functional outcome using the IntegNeuro test battery. **Schizophrenia Research** (99)182– 191.

235- Williams,L.M.,Das,P.,Harris,A.W.,Liddell,B.B.,Brammer, M.J& Oliveri,G. (2004). Dysregulation of arousal and amygdaleprefrontal systems in paranoid schizophrenia. **Am. J. Psychiatry** (161) 480–489.

236- Zajonc, R. (1998). Emotions In: Gilbert, D.T., Fiske, S. T& Lindzey, G. **The Handbook of Social Psychology** (4 ed) Vol. 1, Boston: The Mcgrow– Hill Co., Inc, 591– 632.

مطابع الدار الهندسية

موبايل: ٠١٢٢٢٣٤٩٠١١ تليفاكس: ٢٩٧٠٣٧٦٦



صدر أيضاً للناشر

علم النفس التجاري	أ.د شعبان جاب الله رضوان
العلاج النفسي الأسس العلمية وفن الممارسة العلاجية	د. محمود عيد مصطفي
عقل الحيوان، وعقل الإنسان	د. مدحت مريد صادق
التجهيز الإدراكي البصري	د. عمر بوقصه
القياس النفسي	د. سامية سمير
رأس المال الاجتماعي	د.
العولمة والتدخل الإنساني لحماية الأقليات	د.
التنظير السوسيولوجي للدولة	
تضاريس الأيدولوجيا	د. علي زيدان &

إيتراك للطباعة والنشر

١٢ شارع حسين كامل سليم - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة - ت : ٢٤١٧٢٧٤٩
فاكس ٢٤١٧٢٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدى : ١١٧٧١
Website : www.etracpublishing.com
E-mail : etraccom@gmail.com